UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 82

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONSIDÉRATIONS SUR UNE SÉRIE DE CINQUANTE-TROIS CAS DE FIBRO-MYOMES UTÉRINS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1912

PAR

Marius DEBAR

Né à Roqueredonde (Hérault), le 17 octobre 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

- De ROUVILLE, Profes.-adj., *Président.*
- GILIS, Professeur
- MASSABUAU, Agrégé
- EUZIÈRE, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et 28, Rue Dom-Vaissette

1912

CONSIDÉRATIONS SUR UNE SÉRIE

DE

CINQUANTE-TROIS CAS

DE FIBRO-MYOMES UTÉRINS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 82

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONSIDÉRATIONS SUR UNE SÉRIE DE CINQUANTE-TROIS CAS DE FIBRO-MYOMES UTÉRINS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1912

ACAD. LYON.BAT. BIBL.

PAR

Marius DEBAR

Né à Roqueredonde (Hérault), le 17 octobre 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	De ROUVILLE, Profes.-adj.,	*Président.*
	GILIS, Professeur	
	MASSABUAU, Agrégé	*Assesseurs*
	EUZIÈRE, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et 28, Rue Dom-Vaissette

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O. ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, *Président.*	MM. MASSABUAU, *Agrégé.*
GILIS, *Professeur.*	EUZIÈRE, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Enlevé prématurément à mon affection.

M. DEBAR.

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE CHÉRIS

Faible hommage de ma reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MA NIÈCE

A MON COUSIN FRANÇOIS CAUSSANEL

AU CHATEAU DE MAZIÈRES (AVEYRON)

En souvenir de ses bienfaits ; affection et reconnaissance.

A NOS COUSINS

FRÉDÉRIC ET JOSEPH CAUSSANEL

DE PARIS ET DE BORDEAUX

Affectueux sentiments.

M. DEBAR.

A MON COUSIN LÉON DEBAR
ET A SA FILLE LÉONIE

DE MONTPELLIER

Nous n'oublierons pas la vie de famille que nous avons vécue ensemble pendant notre séjour à Montpellier; notre affection et notre dévouement leur sont à jamais acquis.

A MON EXCELLENT AMI
MONSIEUR VICTOR SERVEL

DE MONTPELLIER

Qui sut toujours nous donner de bons conseils, nous encourager aux heures difficiles ; nous l'en remercions publiquement. Aujourd'hui vous avez une affection de plus.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

M. DEBAR.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR GILIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MASSABUAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUZIÈRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

M. DEBAR.

AVANT-PROPOS

Nous ne saurions terminer nos études médicales sans remercier ici ceux qui ont bien voulu s'intéresser à nous pendant notre vie d'étudiant, sans adresser un mot de gratitude aux maîtres qui ont formé notre éducation, sans laisser un souvenir aux amis qui ont partagé nos joies et nos déceptions, qui ont su nous relever et nous encourager aux heures pénibles de la vie.

Nos remerciements iront d'abord à M. le professeur de Rouville, qui nous fit l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous le remercions bien sincèrement de nous avoir inspiré notre sujet; c'est dans son service de l'hôpital Suburbain que nous avons acquis nos quelques notions de gynécologie, ce qui nous a permis, avec son expérience, d'entreprendre ce modeste travail. Nous lui en exprimons toute notre gratitude, et nous n'oublions pas les marques de bonté que toujours il nous donna.

Nous remercions aussi M. le professeur Gilis pour avoir bien voulu faire partie du jury de notre thèse ; l'honneur qu'il nous a fait lui donne droit à toute notre

reconnaissance et nous sommes heureux de la lui témoigner dans cette circonstance.

Nous assurons de toute notre estime M. le professeur Massabuau ; l'amabilité avec laquelle il nous a accueilli, son caractère affable coutumier, lui ont acquis toute notre sympathie.

Nous remercierons aussi M. le professeur Euzière et ajouterons notre hommage à la sympathie universelle dont il jouit.

Nous tenons à remercier particulièrement M. Etienne de Rouville, docteur ès sciences, qui sut toujours être bon pour nous. Que de fois ne nous a-t-il pas donné de bons conseils et encouragé quand nous semblions abattu ?

Nous adressons aussi l'expression de toute notre gratitude à M. Granier, professeur au Lycée de Montpellier; ce fut notre premier maître, notre premier ami aussi.

Une mention spéciale est due à M. Benoît, préparateur à la Faculté des sciences ; nous l'assurons de toute notre sympathie et le remercions de l'amitié qu'il a su toujours nous témoigner.

Qu'il nous soit permis d'envoyer l'expression de notre amitié à notre si loyal et si cordial camarade M. Aimes, interne des hôpitaux de Montpellier ; c'est lui qui nous fournit les premiers documents de notre thèse ; nous l'en remercions bien vivement.

Nous nous en voudrions si, avant de terminer, nous n'associons dans une commune reconnaissance, dans une pensée affectueuse, et nos maîtres du Lycée de Montpellier, et nos maîtres des hôpitaux de Tarascon où nous fîmes quelques mois d'internat. Nous serons toujours plein de gratitude pour nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté de Montpellier ; nous n'oublierons pas que c'est à eux

que nous devons notre éducation médicale ; nous n'oublierons pas non plus leurs conseils. La vie de demain sera toujours pleine du passé.

Nous emporterons de la vieille ville universitaire de Montpellier un agréable souvenir ; sans doute nous y avons vécu des heures pénibles, nous y avons connu des moments difficiles, mais ces heures sont effacées par les joies des derniers moments et les espérances que nous y laissons.

CONSIDÉRATIONS SUR UNE SÉRIE

DE

CINQUANTE-TROIS CAS

DE FIBRO-MYOMES UTÉRINS

INTRODUCTION

Les fibro-myomes de l'utérus sont, parmi les affections qui intéressent le gynécologue, une de celles qui présentent le plus d'intérêt ; et nombreux sont les points qui, dans leur étude, peuvent retenir l'attention du chirurgien : questions si débattues de l'étiologie, de l'hérédité, des rapports du fibrome avec la fécondation, les infections, le neuro-arthritisme ; questions de l'évolution de ces tumeurs à la ménopause, des indications de la cure radicale et précoce, etc.

Aussi la bibliographie des tumeurs fibreuses de l'utérus s'enrichit-elle tous les jours de nouveaux documents qui apportent de précieuses indications pour la solution de ces divers problèmes.

A notre tour nous avons essayé de retirer de l'étude de

la dernière statistique de M. le professeur de Rouville quelques considérations pratiques qui feront l'objet de ce modeste travail, et qui nous ont été inspirées par les cas de fibro-myomes opérés dans ce service de gynécologie, ces dernières années.

Dans cette étude, nous n'avons fait appel qu'aux fibromes proprement dits, classiques par leur symptomatologie et leurs complications éventuelles.

Nous avons laissé de côté les observations de fibromyomes dont la transformation sarcomateuse nous a été montrée par le microscope, et aussi les faits de fibromyome découverts par hasard au cours de l'intervention, que seule avait indiqué une affection concomitante de nature toute différente (cancer du col, du corps, cellulite pelvienne, etc.).

Nous avons laissé de côté aussi les cas de sclérose dystrophique, de fibromatose utérine avec sclérose scléro-kystique, qui joue si bien symptomatiquement le fibrome, et dont la parenté avec ce dernier semble vouloir s'affirmer par l'existence fréquente, sinon habituelle, de nodules fibromateux dans l'épaisseur très accrue des parois de l'organe généralement hypertrophié.

Nous émettrons d'abord quelques considérations étiologiques. Et, dans l'étude de cette étiologie, nous aurons surtout en vue l'âge des malades, les rapports des fibromes avec la stérilité, les accouchements, les avortements, la menstruation. Nous étudierons aussi l'hérédité ; à ce sujet, nous dirons quelques mots des antécédents et des infections chez nos malades. Au sujet de l'hérédité neuro-arthritique, nous n'émettrons pas de conclusions fermes, car nous n'avons pu trouver que quelques cas où cette hérédité ait été relevée dans notre statistique.

Dans un deuxième chapitre, nous parlerons brièvement de la symptomatologie et des complications, étudiant spécialement les cas qui nous ont paru intéressants dans notre statistique.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons les rapports des fibromes avec la ménopause ; les tumeurs fibreuses régressent-elles à la ménopause ou bien subissent-elles une aggravation? Nous essaierons d'émettre quelques considérations sur cette question si controversée. A ce propos, nous dirons quelques mots sur l'évolution des fibromes à cet âge de la vie, et nous parlerons brièvement de leur atrophie, de leur calcification, de leur transformation maligne.

Dans un quatrième chapitre, nous discuterons le traitement qui a fait l'objet du rapport de MM. Tuffier et de Rouville au XV^e^ Congrès international de médecine tenu à Lisbonne (19-26 avril 1906) ; nous dirons brièvement les indications du traitement médical. Nous distinguerons ensuite un traitement chirurgical palliatif : curettage, castration avec ou sans greffe des ovaires, traitement électrique, radiothéraphie. Nous insisterons surtout sur le traitement chirurgical curatif ; à ce sujet et en parlant de l'hystérectomie subtotale, nous décrirons la modification apportée à cette opération par M. de Rouville.

Dans un dernier chapitre nous parlerons des résultats obtenus dans ces dernières années par M. de Rouville dans son service de clinique gynécologique sur les femmes opérées pour fibro-myomes utérin. Nous dirons en même temps un mot de l'anesthésie telle qu'elle est faite dans ce service. Avant d'avoir formulé nos conclusions, nous ferons suivre notre étude de la statistique dernière du professeur de Rouville.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

I. — Age

Les fibro-myomes de l'utérus, semble-il, font leur apparition à une époque déterminée de la vie ; il y a un moment de l'existence, en effet, où ces tumeurs se font remarquer par leur plus grande fréquence ; c'est cette fréquence de fibro-myomes des l'utérus à une période pour ainsi dire fixe de la vie qui a depuis longtemps frappé gynécologues et accoucheurs.

Sans doute, comme le dit Emmet, « il est impossible d'établir avec exactitude l'âge auquel ces tumeurs apparaissent le plus habituellement, parce que leur développement se fait en général lentement au début, et qu'elles peuvent exister pendant un temps très long avant qu'on

reconnaisse leur présence ». Mais on peut du moins l'établir approximativement.

Pour cet auteur, c'est entre 30 et 35 ans qu'on rencontre le plus souvent les productions fibreuses, fibroïdes ou tumeurs fibreuses ; mais en éliminant les « fibroïdes » il trouve l'âge de 38 ans comme moyenne pour les tumeurs fibreuses pures.

Pour Claisse (statistique du professeur Segond), l'âge moyen est entre 40 et 44 ans, âge qui, comme nous le verrons, correspond à nos conclusions.

Pour le professeur Pinard, d'après une statistique portant sur 68 observations de femmes opérées pour fibro-myomes à la clinique Baudelocque, la moyenne est entre 35 et 44 ans.

D'après la statistique d'Albertin (de Lyon), recueillie par son élève Guillaume, l'âge moyen — en prenant son maximum d'opérées — est entre 40 et 50 ans.

Nous verrons que notre statistique concorde sur ce point, de façon parfaite, avec celle d'Albertin.

Cavaillon a publié un cas de fibrome chez une fillette de 13 ans.

Rüge cite un cas de myome cervical chez une vierge de 22 ans.

Les docteurs Richelot et Spencer ont observé des tumeurs fibreuses de l'utérus chez des femmes de 24 à 28 ans.

Mais ce sont là des exceptions, et l'on peut dire que le fibro-myome utérin se présente avec son maximum de fréquence entre 35 et 50 ans.

D'après notre statistique portant sur 53 cas, recueillis ces dernières années dans le service de gynécologie du professeur de Rouville, nous avons remarqué que

2 malades seulement avaient moins de 30 ans et 4 moins de 35 ans.

D'autre part, le professeur de Rouville n'a opéré que 4 femmes de 50 à 54 ans et aucune au-dessus de cet âge.

Le nombre maximum de femmes opérées se trouve donc limité par les deux âges extrêmes : 35 et 49 ans.

Avec :

12 malades de 35 à 39 ans.

19 malades de 40 à 44 ans.

12 malades de 45 à 49 ans.

Nous arrivons donc à cette conclusion que c'est entre 35 et 49 ans que ces fibro-myomes ont été opérés, et ceci, avec un nombre d'interventions bien supérieur au nombre d'opérations pratiquées avant ou après.

Enfin, c'est entre 40 et 44 ans que nous avons observé notre maximum.

Tableau I.

Age	Nombre d'opérées
moins de 30 ans	2
de 30 à 34 ans	4
de 35 à 39 ans	12
de 40 à 44 ans	19
de 45 à 49 ans	12
de 50 à 54 ans	4
de 55 ans et au-dessus	0

II. — Rapports avec la stérilité, les accouchements, les avortements, la menstruation.

Le rôle de la stérilité dans ses rapports avec le fibromyome de l'utérus a été diversement interprété. On sait que la stérilité est accusée d'être une cause de production des fibromes, de même qu'on l'a accusée d'en être plutôt la conséquence. Aussi devons-nous donner un aperçu historique sur cette question si controversée.

HISTORIQUE

Fehling a soutenu que la stérilité est une cause de production des fibromes.

Gusserow, en 1878, détruisit cette affirmation par une statistique de 959 cas de fibromes ; sur ces 959 cas, il s'agissait 672 fois de femmes mariées, 287 fois de femmes non mariées, ce qui ne veut pas dire que ces dernières fussent toutes vierges.

Sur les 672 mariées, il y avait eu grossesse chez 464 ; les autres étaient stériles.

« Encore la stérilité, ajoute Gusserow, a-t-elle été plutôt déterminée par la tumeur que déterminante de celle-ci. »

C'est avec cette statistique que fut battue en brèche l'opinion de Fehling et de Bayle. Ce dernier écrivait que les femmes qui n'ont pas eu d'enfants ou qui n'en ont eu qu'un ou deux sont plus exposées à avoir des corps fibreux que celle qui en ont eu un plus grand nombre.

Fehling, voyant ses affirmations détruites par la statistique de Gusserow, accusa alors pour une grande part l'involution incomplète de l'utérus après un accouchement ou après un avortement.

En 1879, Emmet, s'appuyant sur 239 cas observés par lui, affirma que les femmes non mariées sont deux fois plus exposées à cette forme de maladies que la moyenne générale des femmes.

Enfin, récemment, Ycard, étudiant l'étiologie des fibro-myomes utérins, trouve leur maximum de fréquence entre 30 et 45 ans; il les trouve fréquents chez les femmes stériles, vierges ou non et chez les primipares âgées, moins chez les multipares.

Il conclut : « La fertilisation précoce — avant 25 ans — suivie de fertilisation à intervalles rapprochés, la gestation évoluant jusqu'à terme, l'allaitement faisant suite à chaque gestation, en un mot, la fonction de reproduction complète, paraît constituer la meilleure prophylaxie, la véritable sauvegarde de l'éclosion et du développement des fibro-myomes de l'utérus. »

On voit par cet aperçu historique combien cette question a été discutée, et à combien de polémiques elle a donné lieu; nous pourrions multiplier les exemples. Mais, par ces quelques citations, nous pensons avoir démontré, de façon suffisante, tout l'intérêt de la question. Et, comme conclusion à cette discussion, nous avons cru bon de préciser notre statistique au sujet de la stérilité, des grossesses, des avortements, de l'état de la menstruation.

a) Stérilité. — 18 de nos opérées n'avaient jamais eu d'enfants, n'avaient jamais avorté.

C'est donc un chiffre considérable puisqu'il représente le tiers des opérées.

Une femme avait eu deux avortements seulement et jamais de grossesse à terme. Les deux notions étiologiques invoquées par Fehling étaient donc représentées chez elle : stérilité, mauvaise involution utérine.

b) *Grossesses.* — Parmi les femmes ayant eu des grossesses, la plupart n'ont eu qu'un enfant — 7 sont dans ce cas $\frac{1}{7}$; ou bien n'ont eu que deux enfants, puisque nous en comptons 12 qui ont mis en pratique le « zweikindersystem » dont les Allemands nous accusent d'abuser.

Par l'addition de ces deux chiffres nous obtenons un nombre égal à celui des femmes stériles.

Nous notons dans notre statistique un certain nombre de femmes ayant eu des grossesses plus nombreuses, mais ces cas sont rares :

5 femmes avaient eu 3 enfants,
4 femmes avaient eu 4 enfants,
5 femmes avaient eu 5 enfants ou plus.

Il était intéressant de rechercher dans quelles conditions ces femmes avaient accouché ; c'est ce que nous avons fait et nous sommes arrivé aux résultats suivants :

10 femmes avaient eu un ou plusieurs mauvais accouchements.

Chez 8, nous avons noté des suites de couches pathologiques ; 4 d'entre elles avaient eu des accouchements laborieux, et les autres 4 des accouchements normaux.

c) *Avortements.* — Nous avons trouvé un total de 10 femmes ayant eu des avortements. Sur ces 10 femmes,

4 avaient eu, soit avant, soit après leur avortement, des accouchements pathologiques ; 5 avaient eu de bons accouchements ; une seule avait eu 2 avortements seulement.

Le tableau suivant résume ces quelques résultats :

Tableau II.

Nombre de malades ayant eu :
1° de mauvais accouchements,
10 dont 4 ont eu des avortements.
2° des suites de couches pathologiques,
8 dont 4 ont eu de mauvais accouchements.
3° des avortements,
6 plus 4 déjà citées, ayant eu de mauvais accouchements.

Soit 24 femmes ayant eu du côté de la grossesse et de l'involution utérine des antécédents pathologiques. Ce nombre représente près de la moitié du chiffre total des opérées.

d) *Menstruation*. — Il nous a paru intéressant aussi de rechercher quel était l'âge d'apparition des règles chez nos opérées. Nous indiquerons, dans le tableau suivant, le résultat de nos recherches à ce sujet :

Tableau III.

Réglées à	9 ans	1
—	10 ans	2
—	11 ans	7
—	12 ans	12
—	13 ans	9
—	14 ans	11
—	15 ans	8
—	16 ans	3

Ce tableau présente, comme moyenne, l'âge normal d'apparition des règles, avec ses nombreuses variations.

Plus intéressant est le résultat de la recherche de l'abondance de l'écoulement menstruel. Le tableau suivant est affirmatif :

Règles abondantes ou très abondantes.	32
Règles moyennement abondantes.	15
Règles peu abondantes.	6

On voit la grande différence de nombre entre les femmes à écoulement menstruel peu abondant et celles à écoulement abondant.

Encore devons-nous ajouter que dans beaucoup d'observations de malades, indiquant que leurs règles étaient d'abondance moyenne, la durée de la menstruation dépassait 5 jours, arrivait jusqu'à 8, ce qui, malgré le peu d'abondance de l'écoulement quotidien, finit par donner un écoulement total important à la fin de la période menstruelle.

III. — Hérédité

On ne saurait constester le rôle que joue l'hérédité dans l'étiologie des fibro-myomes de l'utérus.

Il y a lieu d'admettre deux sortes d'hérédité :

1° L'hérédité similaire ;

2° L'hérédité arthritique.

L'influence de l'hérédité similaire a été admise par Lisfranc, Engstrom, Winckel, Hofmeier, Veit, Kleinwachter.

Il est vrai, en effet, que des cas fort nets de tumeurs fibreuses de l'utérus, se retrouvant de mère en fille, ont pu être constatés cliniquement.

Le docteur de Rance rapporte l'observation suivante, très suggestive, de deux sœurs qui, vers 40 ans, présentent des signes certains de fibrome utérin ; l'une de ces femmes a une fille ; cette dernière, vers 40 ans, est aussi atteinte de fibrome.

A côté de l'hérédité similaire, il y a une hérédité dyscrasique : l'hérédité arthritique.

Cette hérédité est admise par Richelot qui pense qu'elle est souvent en cause et qu'on doit lui attribuer une plus grande importance dans la pathogénie des fibromyomes utérins.

Claisse admet que c'est surtout dans les cas de gros utérus scléreux qu'on peut l'invoquer.

Hepp, cité par Ycard, écrit : « Sans doute la sclérose utérine des arthritiques confine à la fibromatose utérine ; sans doute l'arthritisme, affection surtout vasculaire, peut favoriser l'inflammation des vaisseaux utérins, mais

l'utérus fibromateux, de par sa structure, n'est pas un utérus scléreux. L'arthritisme paraît ne pouvoir être qu'une cause prédisposante et exceptionnelle. »

Sparocchi admet que la fibromatose résulte d'une altération vasculaire le plus souvent héréditaire ; il base sa théorie sur l'identité d'origine du muscle utérin et des vaisseaux sanguins.

IV. — Infections

Prochownick pensait que les irritations spécifiques dues à la syphilis, à la malaria, aux infections typhiques avaient une action possible sur le développement des fibro-myomes de l'utérus. Les affirmations de cet auteur, cité par Ycard, n'ont pas été prouvées.

Aubeau et Golasz admettent l'influence de la syphilis. Il y a, par la greffe d'un ovule de femme saine fécondée par un syphilitique, développement, sur un point de la muqueuse utérine, d'une néoplasie inflammatoire, puis fibro-myomateuse, puis scléreuse.

Nous avons recherché avec soin, dans les antécedents de nos malades, la syphilis et les infections, mais le nombre de nos observations est trop restreint pour que nous puissions porter une conclusion.

De même sur la question de l'hérédité : similaire ou arthritique.

Cependant, en étudiant soigneusement les antécédents héréditaires et personnels de nos malades, voici ce que nous avons pu constater :

A. — 29 de ces malades n'ont eu aucun antécédent morbide : ni héréditaire, ni personnel.

B. — 6 ont eu des antécédents héréditaires sans aucun antécédent personnel.

C. — 9 ont eu des antécédents personnels sans aucun héréditaire.

D. — 9 ont eu à la fois des antécédents héréditaires et des antécédents personnels.

Malades B

Antécédents héréditaires seuls

6 malades :

1. — Père éthylique.
2. — Père asthmatique.
3. — Mère asthmatique.
4. — Mère morte bacillaire. Frère mort d'hémorragie cérébrale.
5. — Mère a un fibrome utérin.
6. — Père albuminurique.

Malades C

Antécédents personnels seuls

9 malades :

1. — Migraineuse.
2. — Anémie légère.
3. — Entérocolite muco-membraneuse.
4. — Fluxion de poitrine. Anémie. Typhoïde.
5. — Migraines. Palpitations. Crampes.

6. — Neuro-arthritique (migraines, douleurs erratiques).

7. — Hémorroïdes.

8. — Paralysie infantile suivie d'atrophie du membre supérieur droit.

9. — Anémie légère.

Malades D

Antécédents héréditaires et personnels

Héréditaires	Personnels
9 malades :	
1. Père mort d'hypertrophie prostatique. Sœur neuro-arthritique.	Anémie.
2. Père dyspeptique. Mère bacillaire.	3 Phlébites à 41 ans.
3. Père mort de coma diabétique.	Scarlatine. Bacillose. Glycosurie.
4. Père mort d'hydropisie. Mère morte d'hémorragie cérébrale.	Rougeole. Scarlatine. Coqueluche, Varicelle. Paludisme. Diarrhée chronique avec anémie. Rhumatisme.
5. Une sœur a eu un fibrome.	
6. Mère asthmatique.	Typhoïde. Bronchite chronique.
7. Mère morte d'une tumeur abdominale.	Fièvre muqueuse.
8. Père cardiaque.	Gastrite à 16 ans.
9. Père et mère morts d'hémorragie cérébrale.	Anémie.

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET COMPLICATIONS

Nous ne dirons que quelques mots de la symptomatologie banale des fibro-myomes utérins ; nous insisterons surtout sur quelques cas intéressants que nous avons relevés dans notre statisque, et qui se rapportent aux complications que l'on rencontre fréquemment dans ces affections.

Hémorragies, douleurs, phénomènes de compression, tels sont les signes rationnels des fibromes utérins.

Hémorragies. — Les hémorragies constituent sûrement le symptôme dominant des fibro-myomes utérins ; cela se conçoit aisément, surtout aux approches de la ménopause, car à ce moment les organes génitaux de la femme sont le siège d'une congestion intense. Cette hyperémie, qui se produit normalement en dehors de de toute affection, est augmentée chez les femmes atteintes de fibromes ; en effet, la tumeur entretient dans la

matrice une fluxion vasculaire intense; de plus, l'endométrite hémorragique accompagne souvent certains fibromes, les fibromes sous-muqueux, par exemple.

Dans la plupart des cas, nous n'avons pu fixer une date de début exacte ; chez beaucoup de malades, l'affection débute par des ménorragies. Les malades ont constaté, depuis un temps qu'elles ne sauraient déterminer, que leurs règles étaient plus abondantes, ou duraient plus longtemps que normalement, 10-12 jours au lieu de cesser au bout de 4 ou 5 jours. Il en résulte, pour ces femmes, un état d'anémie qui, comme nous l'avons vu dans certains cas, se rapproche de la cachexie.

D'autres fois, la perte de sang survient dans la période intercalaire ; alors c'est la métrorragie. Certaines malades arrivent à perdre continuellement, et, en général, ce n'est qu'à ce moment que les femmes vont consulter le médecin ou le chirurgien.

Avec le sang liquide, se trouvent de temps en temps des caillots plus ou moins gros qui sont expulsés avec plus ou moins de douleurs.

Les pertes rouges sont accompagnées ou suivies le plus souvent de pertes blanches ; c'est ce que nous avons retrouvé chez beaucoup de nos malades. Ces pertes blanches tachent le linge ; c'est un écoulement tantôt glaireux et opalescent, tantôt muco-purulent.

S'il est vrai que rarement les malades succombent à leurs hémorragies, en revanche elles se trouvent souvent dans un état d'anémie extrême, par suite dans un état de résistance moindre aux diverses infections qui les menacent.

Douleurs. — Les douleurs sont un symptôme variable. On voit de grosses masses fibromateuses, évoluant vers l'abdomen, ne déterminer qu'un sentiment de pesanteur

et de tiraillement lombaire ; au contraire de petits fibromes, enclavés dans le bassin, peuvent donner lieu à des douleurs par compression sur les plexus sacrés.

Tantôt ces douleurs accompagnent l'écoulement sanguin, tantôt elles surviennent en dehors de toute perte, traduisant à elles seules la présence de la tumeur. Sensation de pesanteur, gêne, tiraillement dans la région lombaire, voilà ce que nous avons observé chez beaucoup de nos malades.

Certains fibromes ne sont douloureux que dans la station debout ; les malades sont condamnées à passer une partie de leur existence sur une chaise longue. Souvent même le repos ne suffit plus ; les douleurs deviennent de plus en plus intolérables, et alors la malade va solliciter les secours de la chirurgie.

D'autres fibromes ne sont douloureux qu'au moment des règles : cela s'observe quand la cavité utérine est déformée et quand le sang ou les liquides leucorrhéiques s'y accumulent.

Il arrive assez souvent qu'un fibrome non enclavé donne lieu à des douleurs continuelles. Dans ce cas il faut craindre que le fibrome ne se complique de lésions annexielles, de salpingo-ovarites. C'est assez fréquent ; alors ce sont les lésions inflammatoires des annexes qui déterminent les douleurs.

On a beaucoup discuté sur les lésions annexielles durant l'évolution des fibromes utérins. Il est probable que ces lésions sont secondaires au fibrome, du moins dans la plupart des cas ; en effet, l'endométrite est presque constante dans les cas de fibromes de l'utérus ; les lésions annexielles résulteraient le plus souvent d'une infection ascendante favorisée sinon provoquée par cette endométrite.

Dans nos observations nous avons constaté que, lorsqu'une femme a présenté des phénomènes douloureux, le chirurgien a trouvé le plus souvent, soit des ovaires scléro-kystiques, soit des adhérences péri-utérines, soit des salpingites, des salpingo-ovarites, etc.

Phénomènes de compression. — Il suffit de penser aux connexions étroites de l'utérus avec les organes contenus dans le bassin, pour se rendre compte que tout fibrome de l'utérus est capable de déterminer des phénomènes de compression sur tel ou tel de ces organes, la vessie, le rectum, mais surtout sur la vessie.

En effet, dans la symptomatologie des fibromes de l'utérus on est frappé de l'importance et de la fréquence des troubles urinaires dans ce genre d'affections. Parfois même ils constituent la seule symptomatologie, et, dans ce cas, nous ne devons pas méconnaître la vraie cause de ces troubles.

Les rapports intimes de la vessie et de l'utérus doivent nous y faire penser, surtout quand on songe aux connexions étroites des tumeurs fibreuses du col et de la vessie.

En effet, les fibromes peuvent comprimer la vessie de haut en bas, de bas en haut, en appliquant l'uretère contre la symphyse ; l'entraîner en rétroversion ; l'entraîner enfin en haut par des adhérences fibreuses.

Il est assez fréquent de voir ces compressions du côté de la vessie s'exercer brusquement et déterminer la rétention complète d'urine. C'est ce que nous avons constaté dans le cas dont nous parlerons dans un instant.

Le plus souvent nous avons observé des troubles bénins et passagers : pollakiurie, douleur à la miction, incontinence.

Tous ces troubles sont le résultat d'un obstacle mécanique, et peuvent parfois déterminer les accidents les plus graves.

Ces troubles urinaires avaient attiré l'attention de Aran, Breisky, Müller, Benicke qui se bornent à signaler les troubles urinaires en les laissant sur un plan très secondaire.

Sieberg signale le cas d'une malade chez laquelle la rétention d'urine était manifeste.

Dorff en 1897, dans une observation qu'il rapporte, rappelle que la malade était venue le consulter parce qu'elle était sollicitée, toutes les dix minutes, par des besoins d'uriner.

Trindondani signale dans deux cas la difficulté d'uriner et la douleur à la miction.

Haultain insiste surtout sur les phénomènes de retention qui sont pour lui les plus fréquents.

Sutton rapporte 5 cas où il est fait mention de la rétention, de la fréquence des mictions.

Lejars signale le cas d'une femme chez laquelle un fibrome sessile de la paroi antérieure du col s'était accompagné d'incontinence d'urine.

Mauclaire signale la dysurie dans une observation.

Minvielle, dans la série d'observations qu'il rapporte, conclut que les troubles de rétention sont de beaucoup les plus fréquents : « rétention incomplète ou complète avec ou sans distension. »

Enfin, plus près de nous, Legueu interprétant la pathogénie de ces troubles urinaires, à l'aide des observations cliniques et des constatations anatomiques faites sur une de ses malades, dit que les signes cliniques correspondent presque tous à « la rétention com-

plète précédée par une période de rétention incomplète avec distension ».

A un degré moindre, il y a de la dysurie simple (2 cas de Trindondani), de la douleur seule (1 cas de Trindondani, 2 cas de Sutton).

Il y a élévation de la vessie vers la région ombilicale : « c'est dans cette situation d'élévation que la vessie se met en rétention. » La rétention est faite de l'allongement de l'urètre, de la compression urétérale et surtout de l'étalement vésical à la surface de la tumeur, dit Legueu dans le *Journal d'urologie*.

Dans la statistique du professeur de Rouville nous avons pu recueillir une observation qui se rapporte aux cas cités par les auteurs précédents.

Il s'agit d'une femme, âgée de 44 ans, qui présentait les symptômes suivants :

Hémorragies, anémie, dyspnée d'effort, palpitation ; souvent la nuit la malade perd ses urines, la quantité d'urine émise à chaque miction est très petite ; pollakiurie.

Pendant sa maladie, elle a eu de la rétention d'urine 12 fois, rétention d'urine qui a nécessité le cathétérisme chaque fois. La malade n'avait jamais perçu de sensation anormale due à la présence de la tumeur.

A l'examen, M. de Rouville trouve une tumeur dure, occupant la région hypogastrique ; cette tumeur est indépendante de la paroi et légèrement mobilisable. Dans le vagin on perçoit, au toucher, une tumeur arrondie, du volume d'une tête de fœtus à terme.

On intervient par une laparotomie médiane. Les anses intestinales une fois isolées par un mur de compresses, la vessie apparaît étalée, nettement limitée à sa partie supérieure par un bourrelet arrondie. Au-dessous

on voit l'utérus remonté dans l'abdomen. On fait l'hystérectomie totale. Il s'agissait d'un gros polype vaginal qui ne fut accouché qu'après de fortes tractions sur l'utérus; l'utérus était petit, pas de noyaux fibromateux dans l'épaisseur des parois ; ovaires scléro-kystiques, kyste de la grosseur d'une amande dans l'ovaire droit.

Les suites opératoires furent excellentes. Au bout de quelques jours la malade sortait guérie.

De cette compression des voies urinaires résultent souvent des lésions rénales graves.

Ces *lésions rénales* sont une complication dont il faut se méfier dans le fibrome utérin. Elles sont la conséquence d'un obstacle au cours de l'urine, obstacle siégeant au niveau de la vessie ou des uretères.

Les uretères sont souvent comprimés et cette compression reste souvent latente jusqu'à ce que surgissent des phénomènes graves ; aussi faut-il dépister cette compression par la recherche de l'albumine, la constatation de la diminution de l'urée, la palpation des reins, les petits signes de l'insuffisance rénale.

Nombreuses sont les malades porteurs de myomes qui présentent de l'albumine ; nous avons consulté les analyses d'urine qui ont été faites dans tous les cas de fibromes utérins dans le service du professeur de Rouville et nous avons pu constater que le plus souvent ces malades avaient de l'albumine en plus ou moins grande quantité.

Nous ne ferons que signaler la *compression du côté du rectum*, compression qui se traduit par de la constipation, déterminant une auto-intoxication permanente.

Cette constipation, nous l'avons rencontrée chez la

plupart de nos malades ; certaines même n'allaient à la selle que par lavements depuis un certain temps.

Les *troubles cardiaques* sont aussi à signaler dans la symptomatologie des fibromes utérins. Dans le syndrome utérin décrit par Pozzi, les palpitations constituent un des éléments les plus fréquents.

Dans le tableau clinique du myome utérin ce symptôme est très fréquent pour ne pas dire constant ; nous le rencontrons chez beaucoup de malades.

Ces troubles résultent de l'état nerveux de la malade, de l'anémie ou d'une lésion rénale. Chez une de nos malades, très anémiée, nous trouvons une lésion mitrale accentuée.

Suivant que la malade sera plus ou moins névropathe, ces troubles seront plus ou moins marqués.

Les palpitations, l'arythmie se rencontrent fréquemment. Si on examine le cœur, on constate le plus souvent qu'il est gros, mais rarement on recontre des lésions aux orifices.

« Les lésions cardiaques nous paraissent beaucoup moins importantes lorsqu'elles ne sont pas liées à de l'albuminurie, c'est-à-dire à l'existence d'une néphrite interstitielle ; elles s'accommodent très bien de l'anesthésie chloroformique, et elles s'améliorent notablement après l'ablation de la tumeur ; et vraiment, avec nos méthodes de technique actuelles, on peut, sauf exceptions rares ou lésions de gravité particulière, les considérer comme peu importantes. Nous n'avons jamais vu d'accidents se produire dans ces conditions, et nous avons constaté en revanche un grand nombre d'améliorations. Nous dirions volontiers que, loin de constituer une contre-indication, ces insuffisances cardiaques commandent l'intervention opératoire. » (Tuffier, de Rouville.)

En dehors de ces symptômes : hémorragies, douleurs, phénomènes de compression ; en dehors des complications que nous rencontrons fréquemment du côté des reins, du côté du cœur, il est une autre complication, rare il est vrai, mais qui mérite d'être signalée puisqu'elle a été rencontrée un certain nombre de fois ; c'est *l'ascite dans le fibrome utérin.*

La fréquence de l'ascite dans les fibromes est à signaler. C'est une complication à laquelle il faut songer, car elle ne constitue pas une exception pathologique.

D'après Sébileau, sur 30 fibromes utérins, il aurait trouvé 7 fois de l'ascite.

Platon, Delore, trouvent eux aussi une proportion plus ou moins élevée dans leurs statistiques.

Le point d'implantation sur la tumeur a une influence sur l'apparition de l'ascite.

Casanouve dit : « Les variétés de fibrome qui, en pratique, peuvent s'accompagner d'ascite, sont les fibromes du corps utérin avec une plus grande fréquence peut-être pour les tumeurs sous-péritonéales pédiculées que pour les interstitielles. »

Le volume de la tumeur doit être aussi envisagé : les grosses tumeurs doivent plus souvent s'accompagner d'ascite, sans que pour cela un volume considérable soit nécessaire.

L'accroissement rapide de la tumeur est aussi une cause adjuvante.

Nous ne chercherons pas par quel mécanisme l'ascite se forme au cours du fibrome utérin. C'est là une question des plus obscures.

Nous nous contenterons de signaler le cas d'ascite que nous avons trouvé dans notre statistique ; ce cas a été révélé au chirurgien par le toucher vaginal qui fit consta-

ter : un abaissement de la matrice et des culs-de-sac vaginaux — ce symptôme n'est pas constant — une diminution du poids de l'utérus, la mobilité caractéristique du col.

Il s'agit d'une malade, âgée de 35 ans. Cette malade fut examinée par M. le professeur de Rouville : on voit un ventre volumineux, étalé dans les flancs ; l'ombilic est déplissé, saillant. Eventration médiane.

A la palpation on sent une tumeur située au niveau de l'hypogastre, prenant naissance au-dessus du pubis et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur donne à la main l'impression de choc fœtal ; elle paraît indépendante de l'utérus ; on note la présence du liquide refoulant la tumeur que l'on peut cependant faire bomber dans le cul-de-sac antérieur.

A l'opération, on fait une incision de l'ombilic au pubis ; il s'écoule 8 à 10 litres d'ascite. Il existe une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, pédiculée sur le fond de l'utérus, adhérant au péritoine. L'utérus est normal ; la tumeur est enlevée. A l'examen histologique, on constate que c'est du fibro-myome myxomateux très vascularisé.

La malade guérit au bout de quelques jours.

CHAPITRE III

FIBROME ET MÉNOPAUSE

La ménopause fait-elle régresser les fibromes, ou bien les fibromes subissent-ils une aggravation au moment de la ménopause ?

C'est une des questions qui sont le plus discutées et controversées ; ces nombreuses discussions s'expliquent parce que c'est sur la solution de cette question qu'est basée la thérapeutique des fibromes.

On parle souvent de l'influence bienfaisante de la ménopause sur le myome utérin. L'âge critique serait pour myome le moment de l'atrophie, de la régression et de la guérison.

Il est, en effet, presque classique d'admettre que la ménopause amène dans les fibromes une condensation fibreuse de leur masse, un arrêt de leur développement, une diminution de leur volume.

De là, cette intervention souvent tentée autrefois : la

production d'une ménopause anticipée par castration tubo-ovarienne.

Cette formule de la régression des fibromes à la ménopause correspond à la période chirurgicale de Spencer Wells, qui écrivait : « Si un chirurgien qui ouvre le ventre, croyant trouver un kyste de l'ovaire, trouve un fibrome, il doit le refermer, l'ablation étant impossible ou mortelle. »

La formule était que : en présence d'un myome utérin il faut tout attendre de la ménopause ; cette dernière a une influence bienfaisante sur le fibrome ; donc se garder de toute intervention.

« Si rien ne vient modifier la marche du fibrome, écrit Spencer Wells, la tumeur disparaît au moment de la ménopause. »

Cet auteur dit avoir souvent constaté la rétrocession des symptômes au moment de l'âge critique.

Partant de ce principe, Hégar (de Fribourg) et Lawson-Tait (de Birmingham) eurent l'idée de déterminer une ménopause anticipée, comme nous l'avons énoncé plus haut. De là naquit l'opération de Battey.

Alban Doran estime que la régression des fibromes, au moment de la ménopause, se produit généralement.

C'est encore l'opinion de Stopin, de Rubeska, de Parson, de Goclet.

C'était l'époque où chirurgien et gynécologue discutaient avec le plus de passion sur les bienfaits de la ménopause.

Cependant la prétendue bénignité des corps fibreux commençait à être mise en doute.

Dès 1893, Péan s'efforçait de montrer combien est illusoire le rôle de la ménopause. Il publiait une statistique de 250 opérées ; sur ce nombre, la plupart, c'est-à-dire

100, avaient été opérées de 40 à 50 ans, 10 de 60 à 70 ans, les autres avant 40 ans.

Il en concluait que la ménopause n'amène pas une guérison spontanée, que ce n'est donc pas un âge bienfaisant, « puisque c'est à cette période que débutent beaucoup de maladies qui mettent la vie des femmes en péril ».

D'autres statistiques, non moins intéressantes, ont paru, depuis celles de Péan ; la plupart s'en rapprochent par leurs conclusions.

Bouilly, Martin, Lauwers, Quénu, ont prouvé que c'est presque exclusivement vers 40 et 50 ans que les malades se décident, par l'exagération des symptômes, à réclamer l'intervention.

De la statistique du professeur Spinelli il résulte que, sur 62 hystérectomies pour fibromes, 21 fois l'opération fut pratiquée au moment de la ménopause.

Inveradi donne 50,2 p. 100 d'opérations autour de 40 ans.

De la statistique de Dordelin il résulte que 56 p. 100 d'opérées se trouvent entre 40 et 50 ans.

De celle de Cazenave, il résulte que 50 p. 100 des opérées ont de 40 à 50 ans.

Sur 120 hystérectomies abdominales, Haultain a trouvé :

80 malades ayant de 40 à 50 ans ;
8 malades ayant de 50 à 60 ans ;
20 malades ayant plus de 60 ans.

Enfin la statistique du docteur Albertin (de Lyon) nous montre que, sur 398 cas de myomes opérés :

142 ont été opérés avant 40 ans ;
212 ont été opérés entre 40 et 50 ans ;
44 ont été opérés après 50 ans.

Sur ce point, notre statistique concorde parfaitement avec celle d'Albertin, puisque, comme l'avons déjà dit en étudiant l'étiologie des fibromes, le professeur de Rouville trouve son maximum d'opérées entre 40 et 50 ans.

On peut ajouter que, dans les cas abandonnés à eux-mêmes, la mort, lorsqu'elle survient, arrive presque toujours à l'époque de la ménopause. Dans les 170 cas de mort par fibro-myomes réunis par Pellanda, l'âge moyen de la mort a été de 44 ans 9 mois.

De plus, il est bien démontré que le fibrome utérin entraîne le plus souvent un retard de la ménopause.

Kleinwachter dit que dans 67 p. 100 des cas la ménopause est retardée jusqu'après 50 ans, tandis que, sur 100 femmes non fibromateuses, 11 seulement atteignent leur ménopause après 50 ans.

Arvain James écrit : « Il est faux que la situation change avec la ménopause ; celle-ci est, par contre, souvent retardée, de 8 à 10 ans au moins, et dans beaucoup de cas la tumeur croît plus rapidement à ce moment de l'existence. »

Jacobs, pour toutes ces raisons, considère la ménopause comme l'âge critique du myome. « Gardons-nous bien, dit-il, de laisser espérer aux malades atteints de fibrome la guérison au retour d'âge. Mettons, au contraire, notre responsabilité à l'abri en réservant notre diagnostic. »

Arthur Wallace, dans un article intitulé « Contribution à l'étude de l'évolution des fibro-myomes de l'utérus », résume les cas de 10 tumeurs fibreuses de l'utérus suivies pendant des périodes de temps variant de 3 à 28 ans. Il étudie l'état de santé des malades avant et après la ménopause. Sur 10 malades, dit-il, 2 avaient eu une assez bonne santé jusqu'à la ménopause, 2 autres modé-

rément bonne, les 6 autres assez mauvaise ou médiocre.

Après la ménopause, la santé est bonne pour 4, mais l'une de celles-ci n'avait plus sa tumeur. Une autre qui, de même, l'avait vue disparaître, jouit d'une bonne santé, mais n'était pas encore ménopausée. Des 5 autres, l'une mourut après de longues périodes de mauvaise santé et de souffrances ; une souffre encore du ventre, 2 autres mènent une vie d'infirmes ; la dernière, guérie de sa tumeur, est atteinte d'une cataracte bilatérale et complètement aveugle.

« L'auteur termine cette étude en condamnant le traitement palliatif dans les cas de fibro-myomes utérins. La légende reste qu'ils disparaissent après la ménopause, ou du moins cessent d'être pénibles. La pathologie a démontré cette erreur. Du côté clinique, 9 des cas passés en revue ici montrent les souffrances, les malaises endurés pendant de longues années par les possesseurs de ces tumeurs. Le traitement palliatif, à ce point de vue, paraît donc contre-indiqué dans les cas où le fibrome cause des symptômes graves, et l'état de santé générale de la malade justifie l'opération. »

Nous conclurons donc avec la plupart des chirurgiens, depuis Péan jusqu'aux chirurgiens les plus modernes, « que la période de la ménopause ou celle qui suit la ménopause est la période dangereuse du myome utérin ».

« C'est dans cette période, dit Albertin, que vous trouverez le maximum de complications locales et générales : c'est « l'âge critique » du myome utérin, au sens le plus défavorable du mot. »

Il est donc certain que le fibrome ne régresse pas toujours à la ménopause, qu'il ne subit pas un arrêt dans son développement, une diminution dans son vo-

lume. Au contraire, il semble qu'à ce moment de l'existence, le danger est plus grand pour la femme atteinte de myome utérin, puisque c'est l'heure des complications, des transformations.

Aussi est-il utile de se demander ce que devient le myome utérin à la ménopause. Cela nous amènera tout naturellement à l'étude du traitement des fibromes que nous étudierons un peu plus loin.

Nous avons dit qu'il ne fallait pas attendre de la ménopause la guérison du fibrome. En effet, il s'en faut malheureusement que l'âge critique marque, pour ces tumeurs, un temps d'arrêt constant.

Au contraire, l'on voit fréquemment des fibromes, jusqu'alors tolérés, se compliquer, à cette période de la vie, de phénomènes hémorragiques ou douloureux.

Calcification. — Parfois les fibres composant la tumeur s'incrustent de matière calcaire ; le fibrome subit une véritable pétrification qui se fait de deux manières : tantôt par un encroûtement périphérique, plus souvent par une infiltration calcaire totale qui rayonne du capillaire central du lobule.

Pour certains, ceux qui ne voient que la bénignité du myome, cette complication serait une transformation heureuse, un signe d'arrêt dans l'évolution de la tumeur.

On peut répondre à ces auteurs que malheureusement, s'ils sont dans le vrai, la calcification est rare. D'après Piquand, on ne la rencontrerait que dans 3 % des cas seulement.

De plus, cette transformation est rarement heureuse, car les myomes calcifiés entraînent le plus souvent des complications redoutables : compression du rectum qui a pu occasionner des symptômes d'occlusion intestinale

mortels ; compression de la vessie ; suppuration du myome et du tissu cellulaire qui l'entoure.

Piquand conclut qu'« il faut considérer la calcification toujours comme une véritable complication ».

Atrophie. — Les fibromes peuvent s'atrophier, mais ils ne disparaissent pas. On a beaucoup exagéré en parlant de l'atrophie du myome.

Sans doute, on peut admettre que la structure du fibrome étant sensiblement la même que celle du tissu utérin, il puisse, comme ce tissu, subir une involution et diminuer légèrement de volume, lorsque la circulation devient moins active dans la sphère génitale, ce qui arrive au moment de la ménopause.

Pour Jacobs, « la diminution de volume de la tumeur se fait par condensation, par raréfaction du tissu conjonctif ; on assiste à une raréfaction interstitielle du néoplasme ; il devient dur, fibreux, cartilagineux. »

Quoi qu'il en soit, que l'atrophie se fasse par transformation des éléments musculaires, ou par suite de certains troubles vasculaires, comme le veut Lawson-Tait, il est un fait certain, c'est que l'atrophie n'aboutit jamais à la disparition du fibrome.

Myomes œdémateux, myxomateux, sarcomateux, kystiques, caverneux. — Par opposition à ces fibromes densifiés ou calcifiés, la tumeur peut être atteinte par des altérations variables de ramollissement. C'est encore à la ménopause que l'on voit ces transformations molles.

Parfois il s'agit d'un véritable œdème de la masse. D'autres fois le fibrome se ramollit par dégénérescence graisseuse, comme on peut l'observer après l'accouche-

ment, et est capable alors de disparaître en s'associant au processus d'involution de l'utérus. C'est rare.

Quelques fibromes sont mous par transformations *myxomateuses :* cette altération débute, comme toutes les transformations, par le vaisseau central, dont les parois se clivent en lamelles contenant des cellules plates, étoilées, qui donnent naissance à un tissu muqueux.

L'évolution *sarcomateuse* des fibromes est la plus fréquente. Comme l'a dit Pililet, si on examine avec soin les fibromes qu'enlèvent les chirurgiens, c'est-à-dire ceux qui, par leurs symptômes de douleurs, d'hémorragie ou d'accroissement rapide, indiquent l'opération, on trouve souvent dans un fibrome d'apparence normale des points sarcomateux disposés autour des vaisseaux de la tumeur.

Ces sarcomes tendent à la gangrène, à la nécrose commençant à la partie centrale, consécutivement à la thrombose néoplasique du vaisseau ; beaucoup de fibromes à cavités lacunaires, fibromes en géodes, en général les *fibromes kystiques*, ne sont que des fibro-sarcomes dont la portion sarcomateuse s'est nécrosée.

Enfin, sous le nom de *myomes télangectiasiques* on décrit des fibromes creusés de lacunes vasculaires dues à la dilatation des capillaires.

Telles sont les diverses transformations que peut subir le fibrome à la ménopause.

De plus, le fibrome, tumeur histologiquement bénigne, devient une affection grave, même mortelle, par ses complications :

1° *Abondance des hémorragies ;*

2° *Insuffisance rénale* par compression urétérale, surtout à craindre dans les tumeurs pelviennes ;

3° *Hyposystolie cardiaque* dans les grosses tumeurs abdominales ;

4° *Dégénérescence sarcomateuse*, plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois ;

5° *Mortification et septicémie* secondaire, dans les formes à évolution vaginale.

Donc la bénignité des tumeurs fibreuses est loin d'être constante. S'il est des fibromes, même volumineux, qui restent compatibles avec une vie active, en revanche on en voit beaucoup qui, par des hémorragies répétées et l'anémie grave qui en résulte, par l'insuffisance croissante de l'excrétion rénale et hépatique, par les altérations secondaires du myocarde, entraînent à la longue un état particulier de cachexie, avec face jaune pâle, pouls fréquent et petit, abaissement considérable du taux de l'urée, et qui présentent à l'intervention des conditions très défavorables.

Il s'en faut que la ménopause soit le signal de l'arrêt de leur développement; très souvent, trop souvent même, l'apparition ou l'aggravation des accidents coïncident avec cette période.

Dès qu'une femme approche de la quarantaine, ne pas temporiser, ne pas compter sur l'atrophie ou la calcification, penser à la transformation maligne possible, ne pas oublier que la symptomatologie peut s'aggraver pendant plusieurs années avant de subir l'influence heureuse de la ménopause, songer aux complications.

Comme le dit Guillaume dans ses conclusions, « l'âge de la ménopause — 40 à 50 ans — nous paraît un âge critique pour le myome utérin. La période qui suit la ménopause — 50 à 60 ans — est souvent marquée par des accidents graves ».

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Après ce qui vient d'être dit, il est juste de nous demander quelle conduite nous aurons à tenir, lorsqu'il s'agira d'une intervention pour myome utérin.

Faut-il intervenir précocement?

Faut-il se contenter du traitement médical?

Bien que des controverses passionnées aient eu lieu à ce sujet, peu à peu l'accord s'est fait sur bien des points.

On admet aujourd'hui « que, tout myome qui, par sa présence, provoque des phénomènes de compression, qui est le siège d'une augmentation plus ou moins rapide de volume, ou qui détermine des pertes sanguines ou séreuses, très abondantes et répétées et compromettant la santé des malades, doit être supprimé.

D'autre part, on ne peut songer à opérer tous les myomes, car leur fréquence est considérable.

Klob estime que 40 p. 100 des femmes âgées de plus de 50 ans sont atteintes de fibro-myomes utérins.

Ce chiffre semble exagéré. D'autres auteurs, comme Hofmeier, Essenmoeller, Engestrom, Kleinwachter acceptent les chiffres de 4,5 ou 6 p. 100.

Winckel se rapproche plus vraisemblablement de la vérité avec le chiffre de 12 p. 100.

Mais il faut savoir que parmi ces myomes beaucoup ne sont jamais diagnostiqués. Beaucoup sont reconnus au cours d'un examen, mais ne déterminent aucun symptôme et restent innocents. Proposer l'opération pour ces derniers serait faire preuve d'un radicalisme exagéré ; le fait seul de leur existence ne saurait motiver une intervention.

Mais, à côté de ces myomes innocents, il en est d'autres qui mettent en danger la vie de la malade, qui font redouter les plus graves complications, qui font de la malade une véritable infirme à mesure qu'elle avance en âge. Ce sont des malades qui attendent une ménopause qui recule indéfiniment ; « condamnées au séjour à la chambre, épuisées par la gêne respiratoire, la constipation, les troubles de la miction, anémiées par les hémorragies, impropres à la maternité, incapables de vivre, d'agir au sens complet du mot. »

Ce sont ces cas intermédiaires qui laissent hésitants les chirurgiens.

« Il faut savoir attendre », disent les uns. « Ne pas trop attendre », disent les autres.

Il nous semble avec Guillaume qu'il serait mieux d'intervenir dans tous les cas où on peut opérer.

A quel moment faut-il opérer ?

« Le myome utérin doit être opéré jeune chez des fem-

mes jeunes, si l'on veut réaliser le maximum de sécurité opératoire », dit Albertin.

D'après sa statistique :

142 interventions avant 40 ans avec 1 décès : soit une mortalité de 0,7 pour 100.

212 interventions de 40 à 50 ans avec 16 décès : soit une mortalité de 7,5 p. 100.

44 interventions après 50 ans avec 9 décès : soit une mortalité de 20 p. 100.

Par ce tableau on voit le rôle de l'âge des malades au point de vue du pronostic opératoire.

D'après la statistique du professeur de Rouville nous avons 2 décès : un chez une malade âgée de 49 ans ; l'autre chez une femme de 44 ans atteinte d'un fibrome volumineux.

Nous pouvons en conclure « que la gravité opératoire du myome utérin augmente en raison directe de l'âge des malades ».

Cette aggravation du pronostic résulte de deux facteurs :

L'état général ;
L'état local.

Etat général. — Le plus souvent, les femmes qui ont dépassé 40 ans sont des femmes obèses, à cœur gras, emphysémateux, à mauvaise circulation périphérique.

Le cœur, les vaisseaux, les reins, ne fonctionnent déjà plus normalement. Ces lésions, qu'elles aient ou non des rapports avec l'affection utérine, mettent la malade dans un état de moindre résistance, par conséquent rendent plus aléatoires les résultats de l'intervention.

Ainsi s'expliquent les broncho-pneumonies, les conges-

tions pulmonaires, qui surviennent assez fréquemment après l'opération.

L'anesthésie a aussi une influence qu'on ne saurait nier.

L'état du cœur est-il une contre-indication à l'intervention ? Non, pas plus que l'état du rein, puisque les symptômes fonctionnels auxquels donnent lieu ces affections peuvent très bien disparaître par le fait de l'intervention et disparaissent le plus souvent.

La présence d'albumine n'est pas une contre-indication formelle, puisque, dans plusieurs cas, l'albuminurie disparaît après l'opération. Si à côté de l'albuminurie il y avait une autre contre-indication, un cœur gras, une mauvaise circulation périphérique, de l'emphysème, mieux serait de s'abstenir ; on se trouverait dans de mauvaises conditions générales pour opérer et on pourrait redouter les suites de l'intervention.

« L'albuminurie n'est qu'un symptôme qui indique une lésion rénale et l'étendue et la gravité de cette lésion sont absolument variables suivant les cas ; si bien qu'il serait aussi erroné de dire qu'il faut opérer tous les fibromes compliqués d'albuminurie, que de voir dans cette complication une contre-indication formelle à l'opération.

» Nous avons étudié de très près cette question chez nos malades, disent MM. Tuffier et de Rouville, et, à part quelques rares faits où il est impossible de se prononcer sur la valeur physiologique fonctionnelle du rein, on peut, dans l'immense majorité des cas, prévoir cet état et par conséquent juger de l'opportunité de l'intervention. Il suffit pour cela d'étudier méthodiquement la valeur du rein et nous procédons de la façon suivante : l'examen de l'urine totale est pratiqué, et ses résultats nous donnent déjà, sur la dépuration, un élément important ; puis cette

même analyse est faite sur des fractions urinaires représentant la diurèse nocturne et la diurèse diurne ; ce deuxième résultat obtenu, nous pratiquons l'épreuve de la chlorurie alimentaire, celle de l'élimination du bleu de méthylène, et enfin le dosage des matériaux de l'urine après la mise au régime lacté, à dose fractionnée, d'après la méthode propre au docteur Manté et à l'un de nous.

» Forts de ce résultat, nous posons l'indication opératoire. Mais une autre indication non moins formelle se pose ; c'est celle d'opérer de la façon la plus simple et la plus rapide.

» Lorsque les résultats obtenus sont douteux, nous avons encore recours à l'étude du sang, éléments figurés et sérum, et surtout à l'étude de la réfraction du sérum par le procédé Tuffier et Manté.

» Ayant ainsi en mains tous les éléments de résistance du sujet, nous imposons la loi générale suivante :

» Toutes les fois qu'il n'est pas nettement démontré que le filtre rénal suffira à l'élimination du chloroforme et des produits de désintégration qui sont toujours éliminés après une opération, nous refusons d'intervenir, et surtout si les accidents qui commandent l'intervention ne sont pas absolument urgents. Et à cet égard nous regardons les pertes sanguines comme insuffisantes pour commander une opération, à moins qu'elles ne soient extrêmes. » (Tuffier et de Rouville.)

Etat local. — Les conditions locales sont aussi à considérer. Il y a les enclavements, les adhérences périphériques, les lésions de pelvi-péritonite chronique, les lésions salpingiennes suppuratives chez les vieilles femmes. L'infection par la voie utérine, la métrite infec-

tieuse, la gangrène des fibromes sous-muqueux, ne sont pas chose rare.

Albertin signale « le sphacèle et la suppuration larvée des myomes ». Dans ces cas, on a affaire à une malade qui se cachectise, qui a de la bronchite diffuse, de l'anorexie, de la fièvre ; rien n'attire l'attention du côté du ventre.

Si le diagnostic est fait, on trouve une tumeur fibromateuse dont la cavité remplie de débris sphacélés est en pleine suppuration.

Pour toutes ces raisons tirées de l'état général ou de l'état local, nous en concluons à l'intervention précoce.

Comment doit-on intervenir ?

Il y a un traitement médical et un traitement chirurgical.

I. — Traitement médical.

Ce traitement demeure applicable aux fibromes qui ne déterminent pas d'hémorragies abondantes, qui ne s'accompagnent ni de phénomènes douloureux, ni de symptômes de compression, qui ne montrent point une tendance au développement rapide.

Eaux chlorurées sodiques. — Leur action dans la fibromatose utérine est incontestable ; elle porte sur l'état général qu'elles améliorent et sur l'état local, en décongestionnant l'utérus. Il a été donné à M. de Rouville d'observer avec M. Tédenat, à leur retour de Balaruc (Hérault), plus de 50 femmes ayant des fibromes utérins de volume variable, et de constater chez elles de réelles améliorations, à ce double point de vue.

Les mêmes faits sont constatés à Salies et à Biarritz.

Elles reconnaissent toutes, ou à peu près, les mêmes contre-indications : fibromes à évolution rapide, fibromes volumineux, fibromes hémorragiques ; altérations rénales ; tuberculose pulmonaire ; affections cardiaques. En dehors de ces contre-indications formelles, elles trouvent leurs meilleures indications dans les tumeurs molles, et surtout chez les femmes voisines de la ménopause.

Deux catégories de malades doivent bénéficier du traitement par les eaux chlorurées sodiques : celles reconnues inopérables ; celles dont l'état actuel oblige à différer une intervention jugée nécessaire, et qui pourront, après le traitement, subir l'opération dans des conditions bien plus favorables.

L'ergotine, associée aux extraits fluides d'hydrastis canadensis, de cannabis indica et de viburnum prunifolium, est avantageusement employée dans les fibromes mous et hémorragiques. Mais l'ergotine n'a jamais pu déterminer l'atrophie d'une tumeur.

L'opium, d'après Emmet, serait un médicament de grande valeur ; il diminuerait la perte de sang.

L'acide gallique et la cannelle réunis agiraient aussi sur les vaisseaux ; mais leur emploi est quelque peu empirique, en raison de ce fait que nous n'avons aucune idée de leur action.

La stypticine est encore un bon hémostatique.

L'électrothérapie, par courants continus, réussit quelquefois à arrêter les hémorragies ; elle opérerait même la régression de certains fibromes et conviendrait surtout aux fibromes interstitiels.

Comment agissent les courants continus ?

Pour Aimé Martin il se produirait une action « élec-

tro-atrophique ». L'électricité amènerait la dénutrition des tumeurs et leur atrophie.

Emmet conclut : « Les hémorragies diminuent rapidement et cessent souvent complètement ; et au bout d'un certain nombre de séances, variables selon les cas, on voit la tumeur diminuer de volume. La régression se fait d'abord rapidement, puis au bout d'un certain temps lentement, enfin il arrive un moment où la tumeur reste stationnaire et ne diminue plus, Il faut alors cesser les courants continus, ils sont inutiles. »

Il faut savoir en effet, ainsi que l'a fort bien indiqué Apostoli, que « la cure absolue, la *restitutio ad integrum* du fibrome, est et restera sans doute au-dessus de nos ressources thérapeutiques médicales ».

Cette méthode de l'électrothérapie a été en grande faveur ces dernières années ; à ses débuts, elle eut des partisans enthousiastes. Mais les résultats n'ont pas été ceux qu'on avait espérés.

Lawson-Tait, s'élevant contre l'électrolyse, écrivait : « Depuis 1817, l'électrolyse a toujours été une source de désappointements pour certains praticiens et une véritable mine d'or pour les autres. »

Sans doute il est incontestable qu'on obtient parfois une amélioration rapide, une légère régression ; mais, si on abandonne la malade à elle-même, la tumeur tend à reprendre son volume primitif et les symptômes reparaissent.

La mort peut même survenir au cours de ce traitement. Galina rapporte plusieurs cas malheureux et conclut : « Le traitement systématique des fibromes par l'électricité doit être rejeté chaque fois que la malade est en état de supporter une opération. »

Sans être systématique, il nous semble que cette

méthode n'a pas encore fait ses preuves et qu'il est difficile de porter une conclusion sur les statistiques qui ont été faites.

Radiothérapie. — La radiothérapie agit certainement sur les hémorragies des fibro-myomes en provoquant l'atrophie des ovaires. Elle agit moins certainement sur l'utérus fibromateux lui-même.

M. de Rouville en a obtenu des résultats favorables chez des malades aux environs de la ménopause, et chez lesquelles rien n'indiquait l'urgence d'une intervention radicale.

On pourra recourir aussi à la radiothérapie chez les malades qui ne veulent à aucun prix entendre parler d'une intervention chirurgicale.

II. — **Traitement chirurgical palliatif.**

a) Curettage. — Le curettage suivi de pansements utérins et d'une série d'injections très chaudes intra-utérines est indiqué dans les fibromes interstitiels, avec cavité utérine allongée jusqu'à 12 cm. et hémorragies irrégulières et fréquentes ; on a vu ainsi les hémorragies s'arrêter chez certains malades et la cavité utérine subir une diminution mesurée à l'hystéromètre. Mais on risque de produire dans la tumeur des phénomènes inflammatoires.

b) Castration. — La castration était jusqu'à ces derniers temps, sous le nom d'opération d'Hégar et Battey, appliquée à un assez grand nombre de cas : malades jeunes, atteintes d'hémorragies abondantes, portant un fibrome de croissance rapide.

Trenholm (de Montréal), Hégar (de Fribourg), Nussbaum (de Munich), Goodell (de Philadelphie), furent les premiers à préconiser l'enlèvement des ovaires par le vagin ou par la section abdominale.

Ils eurent quelques succès et cette opération fut en honneur pendant quelques années.

Quoi qu'il en soit, l'opération de Battey est une opération rapide : en quelques minutes on enlève les ovaires. Cette intervention permet de supprimer momentanément les hémorragies abondantes. Si plus tard il est nécessaire d'intervenir, la malade se trouvera dans des conditions excellentes, puisqu'elle aura pu réparer ses forces pendant le temps que les pertes se seront arrêtées.

Nous verrons d'ailleurs que le professeur de Rouville a eu l'occasion de pratiquer avec succès cette opération sur une de ses malades dont nous rapportons l'observation, et chez deux autres malades appartenant à sa clientèle privée.

Actuellement l'opération de Battey est à peu près complètement abandonnée ; dans tous les cas ce n'est qu'une intervention exceptionnelle cédant le pas à l'hystérectomie.

En somme, tous les moyens que nous venons d'étudier : traitement médical et traitement chirurgical, avec le curettage et la castration, ne sont que des moyens palliatifs ; sans doute certains peuvent rendre de très grands services, arrêter momentanément les hémorragies, calmer les douleurs. Mais ce n'est là qu'un traitement symptomatique, traitement qui, pour si prolongé qu'il soit, ne nous promet pas la guérison.

Aussi mieux est d'avoir recours à un traitement chirurgical curatif.

Ici nous nous trouvons en présence de plusieurs pro-

cédés, variables suivant le siège, le volume de la tumeur, variables aussi suivant l'expérience du chirurgien.

III. — **Traitement chirurgical curatif.**

a) Opérations par la voie vaginale. — Ces opérations s'adressent aux myomes pédiculés de la cavité utérine ; la technique en est des plus simples : un fibrome pédiculé, accouché à travers le col, est saisi par des pinces à griffes et abaissé : son pédicule est sectionné, après ligature préalable, ou simplement tordu ou forcipressé :

1° Sous le nom d'*énucléation vaginale*, on désigne une méthode qui consiste à inciser sur le myome la muqueuse de recouvrement et à dégager le corps fibreux du parenchyme utérin, à la faveur de la capsule lamelleuse qui l'en isole. Cette opération est applicable aux noyaux fibreux développés sur les lèvres du col et aux fibromyomes sessiles du col, émergeant dans la cavité utérine par une saillie sous-muqueuse.

« Cette énucléation doit être préférée, chaque fois qu'elle est possible, à l'hystérectomie, disent Tuffier et de Rouville. Elle sera réservée aux femmes jeunes et aux fibromes petits ou moyens et peu nombreux.

» L'énucléation vaginale doit être réservée uniquement aux fibromes saillants dans la cavité utérine et très facilement abordables par incision cervicale.

» L'énucléation transvaginale n'est indiquée que pour de petits fibromes sus-vaginaux antérieurs ou postérieurs, facilement accessibles après incision du cul-de-sac correspondant.

» L'énucléation abdominale doit avoir des indications

plus étendues. Les récidives vraies sont très rares et les grossesses peuvent ultérieurement se développer. »

2° *L'hystérectomie vaginale* pour fibrome a été surtout réglée par Péan, à qui nous devons la technique du morcellement, perfectionnée par Segond, Richelot et Doyen.

Elle est encore en honneur auprès de certains chirurgiens qui tiennent compte du volume de la tumeur pour choisir la voie vaginale.

D'autres disent que cette opération n'a que des indications très limitées.

» L'hystérectomie vaginale n'a que des indications très limitées ; on pourra y avoir recours, si, en dehors de toute complication annexielle, l'utérus fibromateux est petit, mobile, facilement abaissable, le vagin large, la vulve dilatable ; on devra, à notre avis, la préférer à l'hystérectomie abdominale s'il existe, en même temps, une adiposité notable des parois. » (Tuffier et de Rouville.)

b) Myomectomie abdominale. — S'il s'agit d'un myome libre sous-séreux, à pédicule plus ou moins étroit, on l'enlève par section de ce pédicule et péritonisation.

Sous le nom de myomectomie abdominale on décrit une opération applicable à un corps fibreux à noyau unique ou à noyaux peu nombreux, et qui consiste à inciser l'enveloppe musculo-séreuse, à décapsuler le myome et à suturer par des plans perdus au catgut les parois de la poche d'énucléation.

On tend actuellement à développer les indications de cette opération ; malheureusement ses indications sont très restreintes.

Pour Pozzi l'opération devait être réservée aux cas suivants : femme jeune, annexes saines, au moins d'un côté ; tumeur principale de moyen volume, comme le

poing; tumeurs accessoires peu nombreuses, peu volumineuses, pourvu qu'elles soient facilement accessibles et dans une région peu vasculaire.

Il faut avouer que ces conditions sont très rarement réunies ?

c) Hystérectomie abdominale. — Deux procédés sont en parallèle :

1° L'*hystérectomie supra-vaginale* qui ampute l'utérus au-dessus des insertions du vagin.

2° L'*hystérectomie totale* qui enlève le vagin.

L'*hystérectomie supra-vaginale* conserve un moignon formé par le col.

Le moignon est abandonné dans l'abdomen ; on fait une suture au catgut affrontant la surface du moignon et une suture également au catgut le recouvrant de péritoine.

L'*hystérectomie totale* enlève l'utérus en totalité avec la tumeur.

Cette intervention est indiquée : quand il est nécessaire de drainer, car le drainage se fait mieux après l'ablation complète de l'utérus ; quand le fibro-myome s'est développé très bas et qu'il est impossible de laisser un moignon.

D'une façon générale, c'est l'hystérectomie subtotale qui présente le plus d'avantages, car elle est « plus facile, moins hémorragique, plus facilement aseptique, et par conséquent plus bénigne ».

Nous verrons que c'est l'hystérectomie subtotale qui a été le plus souvent pratiquée chez les femmes opérées par le professeur de Rouville.

Dans les méthodes ordinaires, on procède à la libération du col et à l'ouverture des culs-de-sac vaginaux

en marchant de haut en bas, de l'abdomen vers le vagin. L'opération comprend les temps suivants :

1° Sectionner des deux côtés de l'utérus les ligaments larges en dehors des annexes, ligaturées ou forci-pressées ;

2° Tailler un lambeau péritonéal antérieur, le séparer de l'utérus et isoler la vessie du col ;

3° Rechercher, pincer ou lier les artères utérines ;

4° Inciser le vagin tout autour du col ;

5° Suturer au catgut les tranches vaginales et les recouvrir, au moyen d'un surjet, du lambeau péritonéal antérieur.

Telle est la technique classique qui a été suivie dans la plupart des opérations faites par M. de Rouville.

Cependant M. de Rouville a apporté une modification à l'hystérectomie subtotale : il fait l'évidement systématique du moignon cervical. Il fait de l'évidement cervical un temps spécial de l'opération. L'utérus enlevé, le moignon est éversé sur chacune de ses lèvres, puis évidé au bistouri par sections circulaires jusqu'à quelques millimètres de l'orifice externe. L'hémorragie, assez abondante, cède aisément à la suture des parois. Au besoin, on ferait appel pour un temps au tamponnement vaginal.

Par cette modification de la technique on répond aux desiderata de l'un et de l'autre type d'hystérectomie. Dans la totale, l'hémostase de la tranche vaginale est souvent difficile, l'infection possible, la statique pelvienne modifiée, le vagin anatomiquement et fonctionnellement réduit. A la subtotale, on objecte l'infection du moignon et la fréquence de sa dégénérescence maligne. Le procédé de M. de Rouville évite tous ces inconvénients.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

A leurs débuts, l'hystérectomie à pédicule extra-péritonéal donnait couramment 36 à 40 p. 100 de mortalité, l'hystérectomie totale 50 p. 100.

Aujourd'hui nous sommes loin de ces résultats ; il suffit de parcourir les statistiques publiées ces dernières années pour se rendre compte des progrès considérables réalisés par le traitement chirurgical des fibro-myomes utérins.

La mortalité opératoire s'est abaissée à 10, à 5 et même à 2,5 p. 100.

Giles (de Londres) a publié en 1910 une série de 228 cas d'hystérectomie avec 10 décès.

Lauwers (de Bruxelles) a pu annoncer des résultats plus heureux. Une statistique de 300 cas d'hystérectomie avec 7 décès seulement, soit 2,33 p. 100 de mortalité, montre à quel point peut être réduite cette mortalité.

Il est certain, comme l'a dit Pozzi, que l'on ne réduira

pas à néant la mortalité opératoire; en effet, malgré l'observation stricte de toutes les règles de l'asepsie, il faut tenir compte de l'état des opérées ; « ce sont parfois des femmes épuisées par des hémorragies répétées, atteintes souvent de dégénérescence du cœur et des reins. »

Aussi serait-il bon, dans les statistiques, de tenir compte de l'état des opérées.

Comme le dit Guillaume, il faudrait aussi distinguer « les interventions chez les jeunes, des interventions chez les malades âgées ».

C'est ce qu'il a fait en publiant la statistique du docteur Albertin, dont voici les résultats.

Avant 40 ans :

142 interventions : 1 décès ; mortalité 0,7 %.

Entre 40 et 50 ans ;

212 interventions : 16 décès ; mortalité 7,5 %.

Après 50 ans :

44 interventions : 9 décès ; mortalité 20 %.

Après 40 ans, 220 hystérectomies subtotales furent pratiquées avec 18 décès ; 36 hystérectomies totales avec 5 décès.

D'après la statistique du professeur de Rouville nous avons une mortalité de 3,8 %.

Notre statistique porte sur 53 femmes opérées. Voici les interventions qui ont été pratiquées :

1° Deux fois le curettage seul a paru constituer une thérapeutique suffisante.

2° Deux fibromes ont été enlevés par la voie vaginale avec hystérectomie. Deux autres ont été enlevés par la même voie, mais sans hystérectomie.

3° Deux fois la situation sous-muqueuse très profonde des fibromes a nécessité une hystérotomie.

4° Un cas de fibrome inclus dans le ligament large et rattaché à l'utérus par un pédicule a nécessité une intervention spéciale; le pédicule a été sectionné au ras de l'utérus, et ce dernier a été laissé dans l'abdomen.

5° Dans un autre cas, c'était une malade qui présentait un fibrome très hémorragique ; on n'a pu intervenir de suite, car la malade présentait un état d'anémie et de faiblesse extrême ; on ne pouvait lui faire courir les risques d'une opération.

Mais ici on pratiqua l'opération de Battey qui donna d'excellents résultats ; l'ablation des ovaires fut rapide et ne demanda que quelques minutes. Cette opération permit de supprimer les hémorragies, qui étaient très abondantes. Jusqu'ici on n'a pas eu à intervenir de nouveau. Mais, si plus tard il est nécessaire d'intervenir, la malade se trouvera dans de très bonnes conditions, puisque ses hémorragies se sont arrêtées, et qu'elle a pu réparer ses forces.

6° Dans deux cas, l'hystérectomie totale a été pratiquée.

7° Enfin, dans la majorité des cas, c'est par *hystérectomie subtotale* que l'utérus a été enlevé, puisque cette opération a été pratiquée 41 fois sur 53 malades.

C'est cette intervention qui nous paraît être la méthode de choix, avec la modification que lui a apportée M. de Rouville et que nous avons signalée plus haut.

Une fois les ovaires ont été greffés dans la paroi abdominale d'une jeune femme pour éviter les troubles de la ménopause opératoire.

Enfin, dans certains cas où il y avait concomitance d'annexites, de déchirures périnéales, de kystes de

l'ovaire, ces diverses affections furent opérées simultanément.

Anesthésie

Dans toutes les opérations pratiquées par M. de Rouville, l'anesthésie générale à l'éther a été la méthode de choix.

« L'éther est l'anesthésique de choix, dit M. de Rouville, et la méthode du « goutte à goutte » est la méthode de choix dans l'anesthésie par l'éther. »

Les raisons qui déterminent son choix, c'est qu'il est apparu comme un agent d'une toxicité infiniment moindre que le chloroforme et donc beaucoup moins dangereux et plus aisément maniable que le chloroforme. La syncope laryngo-réflexe est inconnue avec l'éther ; la syncope, dite bulbaire, par arrêt primitif du cœur est de cinq à huit fois plus plus rare avec l'éther; et quant à la syncope tardive, respiratoire d'abord, puis cardiaque, elle ne devrait s'observer qu'exceptionnellement, due qu'elle est à l'intoxication générale de l'organisme par des doses massives, inconsidérément administrées.

Sans doute l'éther présente aussi ses inconvénients : excitation vive, sentiment d'angoisse et de suffocation accès de toux, augmentation des sécrétions salivaire et bronchique, cyanose, constituant de réels ennuis, notamment en chirurgie abdominale.

Quoi qu'il en soit, l'éther reste l'anesthésique de choix; ces inconvénients s'atténuent ou disparaissent, si on administre l'éther « à doses faibles et continues » suivant la méthode du « goutte à goutte ».

Voici comment il a été admistré : demi-heure avant

l'opération, injection hypodermique de pantopon à la dose de 2 centigr. L'anesthésie n'est commencée que lorsque le chirurgien est prêt à intervenir pour que la malade prenne le moins d'anesthésique possible et s'intoxique ainsi le moins possible On fait cesser l'anesthésique le plus tôt possible.

La malade doit être endormie à fond.

Technique. — 1° *Période de prénarcose.* — Faire compter la malade et en même temps verser l'éther en mince filet interrompu ; 30 grammes environ sont nécessaires pour que la malade dorme ; deux à trois minutes suffisent.

2° *Période de sommeil.* — Maintenant verser l'éther « goutte à goutte », à intervalles toujours réguliers et de plus en plus espacés, à mesure qu'on approche de la fin de l'opération. Quand les deux surjets péritonéal et musculo-aponévrotique sont terminés, l'anesthésie est terminée, le masque enlevé et remplacé par une compresse imbibée de vinaigre. La dose totale d'anesthésique varie évidemment suivant l'intervention. Hormis certains cas exceptionnels, la dose maxima d'éther employée n'a pas dépassé 120 grammes.

3° *Période de réveil.* — Le réveil se produit en général assez vite ; en moyenne il faut quinze à vingt minutes pour que le réveil soit complet.

Les résultats de cette technique, qui reste toujours la même pour M. de Rouville, sont excellents. Dans l'immense majorité des cas, pas d'excitation du début, pas de vomissements pendant l'intervention, très rares et très modérés après ; le sommeil s'est produit très vite et les malades ont dormi profondément ; le pouls est resté régulier ainsi que la respiration.

M. de Rouville attribue ces heureux résultats à la substitution qu'il a faite du pantopon à l'atropo-morphine.

Suites post-opératoires

En général les suites post-opératoires sont excellentes.

Nous n'avons trouvé comme suites post-opératoires pathologiques que deux malades atteintes de phlébites et qui guérirent après une immobilisation de quelques jours.

Une malade a eu une éventration et une parotidite post-opératoire. Il s'agissait d'une jeune femme extrêmement anémiée par des hémorragies profuses, dont l'état général était très mauvais et qui se trouvait, par conséquent, dans de mauvaises conditions de résistance.

Enfin nous enregistrons 2 cas de mort. Un cas chez une malade âgée de 49 ans qui avait une énorme tumeur utérine. Nous avons vu le danger plus grand des opérations pratiquées tardivement.

L'autre exitus se produisit chez une malade âgée de 44 ans ; cette femme portait un fibrome qui pesait *8 kilos*. Elle avait déjà été opérée par le professeur Forgue ; 3 ans avant l'opération elle avait eu deux phlébites : une bilatérale aux deux membres inférieurs ; aussitôt après guérison de cette première phlébite, une deuxième au niveau du membre inférieur gauche. Quand l'intervention fut pratiquée, cette femme était très amaigrie et dans un état d'anémie ancienne très prononcée.

En résumé, si nous distinguons les interventions chez les malades jeunes et les interventions chez les malades âgées nous arrivons à ces résultats :

Avant 40 ans :

18 interventions : 0 décès ; mortalité 0 p. 100.

Entre 40 et 50 ans :

31 interventions : 2 décès ; mortalité 3,8 p. 100.

Après 50 ans :

4 interventions : 0 décès ; mortalité 0 p. 100.

D'après notre statistique c'est de 40 à 50 ans que la mortalité est le plus élevée.

Nous avons trop peu d'opérées après 50 ans pour en conclure, d'après notre statistique, que la mortalité opératoire diminue après cet âge. Il est certain, toutes les statistiques le prouvent, que, après 50 ans, l'intervention pour myome comporte une certaine mortalité. De là, la nécessité des interventions précoces, puisque les interventions tardives donnent des résultats toujours problématiques.

Faut-il en conclure que tout fibro-myome diagnostiqué avant 40 ans doit être opéré ?

Si nous consultions notre statistique nous répondrions par l'affirmative.

Mais souvent le myome n'est pas diagnostiqué, ou bien il l'est tardivement, car il est des fibromes qui n'apparaissent que très tard.

De plus, on se trouve souvent en présence de malades qui ont une tumeur fibreuse depuis des années et qui ne sont nullement incommodées par cette tumeur. Dans ce cas le chirurgien peut ne pas poser l'indication opératoire.

De même chez les femmes jeunes ayant un utérus fibromateux ; sans doute, l'ablation de l'utérus, chez ces femmes, comporte le minimum de risques opératoires, mais le médecin n'est pas autorisé à poser l'indication opératoire lorsque la tumeur n'entraîne aucun inconvénient pour la malade qui en est porteur.

En somme, c'est la symptomatologie du fibrome qu'il faut interpréter, avant de poser nettement l'indication opératoire. Mais nous ne devons pas oublier que l'expectation comporte des réserves sur l'aggravation du pronostic avec l'âge. Aussi est-il de toute prudence de surveiller toute femme atteinte de fibro-myome utérin, de l'examiner souvent, de suivre l'évolution de la tumeur. Si la symptomatologie s'aggrave, si les hémorragies vont se répétant, si la femme se plaint de douleurs de plus en plus vives, si l'évolution de la tumeur retentit sur l'état général de la malade, alors se pose nettement l'indication opératoire.

STATISTIQUE

de M. le Professeur DE ROUVILLE

Nom et âge	Grossesses	SYMPTOMES et ANTÉCÉDENTS	Diagnostic	Intervention	Résultats
Rey... 43 ans.	0	Douleurs. Pertes rouges. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Constipation. *Antécédents.* — Réglée à 13 ans. Règles duraient 5 à 6 jours ; étaient assez abondantes. Leucorrhée. A eu la scarlatine. Avait du sucre dans les urines cinq mois avant l'intervention. Présente des lésions bacillaires. Père meurt de comadiabétique.	Fibrome du Douglas	Hystérectomie subtotale	Guérison
Lar... 44 ans.	0	Pertes rouges, pertes blanches. Douleurs vives. Etat général mauvais ; est amaigrie ; anémie chronique. A été déjà opérée une fois. *A.* — Deux phlébites il y a 3 ans : une aux 2 membres inférieurs, l'autre au membre inférieur gauche. Père dyspeptique. Mère bacillaire. A été opérée à 28 ans.	Fibrome utérin pesant 8 kgs.	Hystérectomie abdominale totale	Mort
Del... 37 ans.	0	Métrorragies. Pertes blanches tachant à peine le linge. Douleurs légères. Est anémiée. *A.* — Réglée à 12 ans et 1/2 ; règles durant 2 à 5 jours. Père mort d'hypertrophie prostatique. Une sœur arthritique nerveuse avec entéroptose.	Fibrome utérin pesant 1500 gr.	Hystérectomie subtotale	Guérison
Nou... 48 ans.	0	Ménorragies ; métrorragies. Légères douleurs à la miction. *A.* — Réglée à 12 ans régulièrement. Règles normales comme abondance, indolores, sans caillots. Avait des migraines fréquentes, des palpitations, des crampes.	Fibrome utérin	Hystérectomie subtotale	Guérison
Pra... 41 ans.	0	Ménorragies, métrorragies. Douleurs abdominales. *A.* — Pas de pertes blanches. Réglée à 15 ans ; règles normales sans douleurs. A eu une fluxion de poitrine à 10 ans ; de l'anémie	Fibrome utérin	Hystérectomie subtotale	Guérison

44 ans.		abondantes avec douleurs lombaires. Constipation. *A.* — Réglée à 15 ans; règles durant 3 à 4 jours. Dysménorrhée. Anémie légère.		Hystérectomie subtotale	Guérison
Sal... 42 ans.	0	Ménorragies ; pas de caillots ; douleurs vives s'irradiant dans le membre inférieur. Constipation opiniâtre. Palpitations. *A.* — Réglée à 13 ans ; règles duraient 3 ou 4 jours. Dysménorrhée. Avait eu une entérocolite muco membraneuse.	Fibrome kystique du ligament large	Laparotomie pratiquée au ras de l'utérus	Guérison
Cou... 40 ans.	0	Métrorragies ; souffre pendant les règles. Pertes blanches. *A.* — Réglée à 9 ans ; règles duraient normalement 3 à 4 jours. Aucun antécédent ; est migraineuse.	Fibrôme utérin	Hystérectomie subtotale	Guérison
Del... 34 ans.	0	Ménorragies ; métrorragies ; pertes blanches. *A.* — Réglée à 14 ans ; ses règles étaient avancées de 3 ou 4 jours. Pas d'antécédents. Père mort albuminurique.	Fibrome utérin	Hystérectomie subtotale	Guérison
Fau... 28 ans.	0	Pertes blanches abondantes ; peu de pertes rouges en dehors des règles. Douleurs abdominales et lombaires avant l'apparition des règles. Mictions difficiles et douloureuses. *A.* — Règles abondantes ; duraient 4 à 6 jours. Mère a eu un fibrome.	Fibrome sous muqueux	Hystérotomie	Guérison
Pam... 27 ans.	0	Ménorragies ; métrorragies. Pertes blanches tachant le linge. Douleurs dans le bas-ventre. *A.* — Réglée à 14 ans; règles duraient 4 à 5 jours ; étaient abondantes.	Gros fibrome	Hystérectomie subtotale Greffe des ovaires	Guérison
Com... 35 ans.	0	Pertes blanches ; pertes rouges ; ne souffrait pas ; pouvait vaquer à ses occupations. *A.* — Réglée à 14 ans, régulièrement, sans douleurs ; caillots dans le sang des règles ; règles duraient 4 jours.	Fibrome utérin	Hystérectomie subtotale	Guérison
Bas... 42 ans.	0	Pertes blanches très abondantes ; pertes rouges avec caillots dans l'intervalle des règles. Douleurs lombaires. *A.* — Réglée de 14 à 15 ans ; règles duraient 8 jours ; pertes blanches.	Fibrome utérin à dégénérescence myxo sarcomateuse	Hystérectomie subtotale	Guérison

Nom et âge	Grossesses	SYMPTOMES et ANTÉCÉDENTS	Diagnostic	Intervention	Résultats
Cha... 35 ans	0	Pertes rouges abondantes dans l'intervalle des règles, avec caillots ; très peu de pertes blanches. Douleurs surtout au moment des règles et aussi dans l'intervalle des règles. *A.* — Réglée à 12 ans ; règles très abondantes ; duraient 8 jours avec des caillots.	Fibrome inclus dans le petit bassin	Hystérectomie subtotale	Guérison
Mir... 33 ans.	0	Ménorragies avec gros caillots, avec quelques douleurs ; puis ni ménorragies, ni métrorragies, ni douleurs. Pas de pertes blanches. Augmentation de volume du ventre. *A.* — Règles à 10-11 ans ; règles abondantes, régulières, durant 3 à 4 jours, sans caillots, ni douleurs.	4 fibromes sous-péritonéaux comme une mandarine. *Ascite.*	Hystérectomie subtotale	Guérison
Bat... 12 ans.	0	Pertes rouges continuelles ; douleurs vives dans le bas-ventre ; pertes blanches abondantes ; caillots ; est restée au lit pendant 3 mois avant de rentrer à l'hôpital. *A.* — Réglée à 13-14 ans régulièrement ; douleurs dans le bas-ventre au moment des règles.	Fibrome pédiculé sous-muqueux comme une tête de fœtus	Enlevé par la voie vaginale	Guérison
Roc... 44 ans.	0	Hémorragies abondantes depuis 10 ou 12 ans ; règles reviennent tous les 18 ou 20 jours. Douleurs abdominales depuis un an. Sensation de pesanteur. Les règles deviennent de plus en plus abondantes. Etat général mauvais. *A.* — Réglée à 13 ans ; règles abondantes ; duraient 4 à 5 jours.	Plusieurs fibromes	Hystérectomie subtotale	Guérison
Sol... 38 ans 1/2	0	Début il y a 8 ans, 6 mois après son mariage : douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans les cuisses. Règles normales. Pertes blanches. Depuis 3 mois les douleurs sont devenues plus fortes, surtout du côté droit. *A.* — Réglée à 13 ans ; règles durent 2 ou 3 jours, douloureuses avec caillots.	Fibrome comme une mandarine ; plus petits fibromes interstitiels	Hystérectomie subtotale par le procédé de Kelly. On enlève l'appendice	Guérison

M. E. N... 49 ans.	3	Depuis une quinzaine d'années, pertes rouges abondantes, douloureuses, très fétides, durant 10 à 12 jours, suivies de pertes blanches, jaunâtres, très abondantes. Anémie assez prononcée. Constipation : polyurie, pollakiurie. *A.* — Réglée à 14 ans 1/2 ; règles très pâles et douloureuses. Anémique. Mère morte d'hémorragie cérébrale. Mari mort d'hémorragie cérébrale.	Fibrome de la région antéro-latérale droite de l'utérus	Hystérectomie subtotale	Guérison
Pue... 37 ans.	2	Début il y a 18 mois par des hémorragies indolores, durant 7 à 8 jours ; ce sont des ménorragies. Depuis 5 mois, fortes douleurs au moment des règles qui reviennent tous les 20 jours. Douleurs lombaires et dans le bas-ventre. Pertes blanches. *A.* — Réglée à 12 ans régulièrement sans douleurs. Pertes blanches après le mariage. A eu une gastrite à 16 ans. Père mort cardiaque.	Utérus fibromateux avec fibrome comme une grosse orange, à gros pédicule	Hystérectomie subtotale	Guérison
Dar... 42 ans.	2	Pertes rouges abondantes depuis plusieurs années? avec des caillots ; douleurs au moment des règles. Pertes blanches abondantes. Polyurie et pollakiurie. *A.* — Réglée à 11 ans ; règles abondantes, durant 8 jours. 2 fausses couches. A eu la fièvre muqueuse? Mère morte d'une tumeur dans le ventre.	Fibromes multiples	Hystérectomie subtotale	Guérison
Gal... 46 ans.	5	Ménorragies depuis son dernier accouchement ; douleurs au moment des règles qui vont en se rapprochant de plus en plus ; règles abondantes, avec caillots. Constipation. *A.* — Réglée à 16 ans ; règles régulières, abondantes, durant 6 à 7 jours. Bons accouchements. A eu la typhoïde. A une bronchite chronique. Mère est asthmatique.	Fibrome utérin	Hystérectomie subtotale	Guérison
Lop... 48 ans.	3	Pertes rouges abondantes. *A.* — Réglée à 12 ans ; règles douloureuses, abondantes, duraient 8 jours, une fausse couche de 2 mois 1/2, suivie d'un curettage. A eu la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la varicelle, les fièvres paludéennes, un rhumatisme articulaire. Présente de l'œdème des membres inférieurs, de la diarrhée chronique ; est dans un état d'anémie assez grave. Père mort d'hydropisie. Mère morte d'hémorragie cérébrale. Sœur opérée de fibrome.	Fibrome utérin plus kyste de l'ovaire	Hystérectomie subtotale	Guérison

Nom et âge	Grossesses	SYMPTÔMES et ANTÉCÉDENTS	Diagnostic	Intervention	Résultats
Lan... 41 ans.	1	Sœur de la précédente. A eu un accouchement laborieux. Depuis cet accouchement, a des métrorragies, des douleurs dans le bas ventre. Constipation habituelle. *A.* — Réglée à 12 ans 1/2; règles peu abondantes, durant 3 à 4 jours. A eu la variole, une rhinite; se porte bien habituellement. Sœur a eu un fibrome. (Voir la précédente.)	8 fibromes utérins	Hystérectomie subtotale	Guérison
Jos... 34 ans.	2	A eu une fausse couche de 3 mois, et un accouchement il y a 7 ans; depuis cet accouchement, hémorragies abondantes au moment et dans l'intervalle des règles; douleurs au moment des règles. *A.* — Réglée à 15 ans; règles peu abondantes. Dysménorrhée ovarienne. A eu une paralysie infantile qui a laissé une atrophie du membre supérieur droit.	Fibromes multiples	Hystérectomie subtotale	Guérison
Bon... 50 ans.	5	5 accouchements; après le 1er accouchement est restée 18 mois au lit. Depuis, pertes blanches, jaunâtres, très abondantes. Pertes rouges aussi abondantes, avec gros caillots; douleurs dans les reins. Constipation opiniâtre. *A.* — Réglée à 16 ans normalement.	Fibrome utérin pesant 3 kgs	Hystérectomie subtotale	Guérison
Fa... 35 ans.	2	Depuis un an, hémorragies graves et presque continuelles, avec douleurs et nombreux caillots; règles reviennent presque tous les 10 jours; depuis deux mois elles durent 15 jours, cessent 2 ou 3 jours, et reprennent ensuite. Douleurs dans le bas-ventre et s'irradiant dans les reins et les cuisses. Pertes blanc-jaunâtre, tachant le linge. *A.* — Réglée à 13 ans, régulières et abondantes, durant 8 jours. Neuro-arthritique. Migraines. Douleurs erratiques dans les membres.	Fibrome de la paroi postérieure, comme une mandarine.	Hystérectomie subtotale	Guérison
Via... 47 ans.	1	Hémorragies datant de 15 mois. Ces métrorragies surviennent 3 ou 4 fois tous les mois, durent 3 à 6 jours. Quelques douleurs abdominales. Constipation. *A.* — Réglée à 15 ans; Règles durent 4 à 5 jours, de moyenne abondance. Mère morte bacillaire. Frère mort d'hémorragie cérébrale.	Gros utérin fibromateux	Hystérectomie subtotale	Guérison

Gui... 44 ans.	3	Début, il y a 2 ans environ, par des pertes rouges abondantes, douloureuses, avec caillots. Pertes blanches tachant et empesant le linge. Douleurs dans les reins et le bas-ventre. Quelques palpitations. *A.* — Réglée à 13 ans ; règles abondantes, douloureuses, durant 2 jours. Mère morte asthmatique.	Gros fibrome utérin	Hystérectomie subtotale	Guérison
Cal... 49 ans.	2	Métrorragies: ménorragies; douleurs dans le bas ventre, surtout au moment des règles ; caillots dans les règles. Pertes blanches abondantes. *A.* — Réglée à 14-15 ans, régulièrement ; règles abondantes avec caillots. Père asthmatique.	Fibrome utérin	Hystérectomie subtotale	Guérison
Mar... 38 ans.	2	Après le 1er accouchement, il y a 15 ans, quelques douleurs dans les reins au moment des règles ; quelques pertes blanches. Il y a 2 ans, pertes plus abondantes, avec caillots et douleurs de plus en plus vives ; puis la malade a ses règles presque continuellement. Leucorrhée augmente de plus en plus. *A.* — Réglée à 14 ans régulièrement ; règles très abondantes, durant 6 à 7 jours. Père mort éthylique. Mère morte d'embolie.	Fibrome postérieur	Hystérectomie subtotale	Guérison
Esp... 47 ans.	1	Depuis son accouchement, pertes rouges, avec caillots, douloureuses. Douleurs dans le bas-ventre ; sensation de pesanteur. Constipation habituelle. *A.* — Réglée à 14 ans; règles régulières, mais abondantes.	Fibrome moyen	Hystérectomie subtotale	Guérison
Cha .. 43 ans.	3	Hémorragies presque continuelles durant depuis 4 mois, après le dernier accouchement qui fut pénible ; caillots dans le sang. Quelques pertes blanches. Douleurs abdominales et lombaires. *A.* — Règles abondantes; réglée à l'âge de 14 ans.	Fibromes interstitiels	Hystérectomie subtotale	Guérison
Cre... 43 ans.	1	Ménorragies ; caillots dans le sang des règles qui vont se rapprochant de plus en plus, deviennent de plus en plus douloureuses. Pertes blanches, tachant le linge. Constipation opiniâtre. *A.* — Réglée à 12 ans ; règles abondantes.	Utérus contenant de nombreux fibromes.	Hystérectomie subtotale	Guérison

Nom et âge	Grossesses	SYMPTOMES et ANTÉCÉDENTS	Diagnostic	Intervention	Résultats
Ant... 47 ans.	2	A 25 ans un premier accouchement laborieux avec hémorragies; deuxième accouchement normal à 29 ans; hémorragies continuent même dans l'intervalle des règles; douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Pertes blanches assez abondantes. Il y a 2 ans, curettage. Hémorragies et douleurs continuent, nécessitant le repos. *A.* — Réglée à 15 ans régulièrement, caillots dans le sang; pas de douleurs; règles très abondantes, durant 2 ou 3 jours.	Fibrome utérin	Hystérectomie subtotale par morcellement.	Guérison
Aub... 47 ans.	2	Un accouchement laborieux à 25 ans; un deuxième normal. Après, pertes rouges abondantes, douloureuses, avec caillots. Pertes blanches tachant le linge. Constipation habituelle. *A.* — Réglée à 15 ans; règles abondantes, avec caillots, douloureuses, durant 3 ou 4 jours.	Fibrome utérin	Hystérectomie vaginale	Guérison
Cam... 37 ans.	6	Deux accouchements normaux; un avortement de 1 mois et 1/2; depuis douleurs, règles plus abondantes. Après, deux accouchements normaux. Puis un accouchement avec curettage. Enfin, un dernier accouchement suivi d'hémorragie, nécessitant un nouveau curettage. Pertes rouges persistent, abondantes, douloureuses. *A.* — Réglée à 11 ans; règles abondantes, durant 6 à 8 jours, régulières, sans douleur.	Utérus fibreux	Hystérectomie subtotale	Guérison
Mag... 50 ans.	1	Un accouchement normal il y a 26 ans; depuis une dizaine d'années, pertes rouges abondantes, survenant dans l'intervalle des règles. Douleurs au moment des règles; caillots. Constipation habituelle. *A.* — Réglée à 16 ans; règles peu abondantes, régulières.	Fibrome utérin pesant 1500 gr.	Hystérectomie subtotale	Guérison
Fou... 53 ans.	6	Six accouchements normaux. Trois fausses couches. Depuis la première fausse couche, pertes rouges avec caillots; douleurs dans le bas-ventre s'irradiant dans les reins et dans les cuisses, obligeant la malade à garder le lit pendant ses règles. Quelques pertes blanches. *A.* — Réglée à 11 ans; règles abondantes et parfois douloureuses.	Fibrome utérin pesant 5 kgr. 200	Hystérectomie subtotale	Guérison

Rig... 41 ans.	4	Quatre accouchements. Une fausse couche de 2 mois il y a 2 ans. Après cette fausse couche, douleurs lombaires ; sensation de pesanteur ; pertes rouges abondantes, douloureuses. Quelques pertes blanches. Palpitations. *A.* — Réglée à 14 ans ; règles peu abondantes, mais douloureuses.	Fibrome postérieur	Hystérectomie subtotale	Guérison
Ant... 38 ans.	3	Il y a 17, 12 et 1 ans, accouchements normaux. Depuis 7 mois n'avait plus ses règles ; ventre augmente de volume. Phénomènes sympathiques ? lypothymie, vomissements matutinaux. Depuis 5 jours, vives douleurs lombaires sans écoulement sanguin : un médecin appelé constate une grossesse, craint une hémorragie rétro-placentaire, rompt les membranes, extrait un fœtus qui a vécu 12 heures. L'utérus reste gros après la sortie du placenta ; la malade entre à l'hôpital ; à l'intervention on trouve un fibrome à pédicule tordu. *A.* — Réglée à 11 ans ; règles de moyenne abondance, durant 6 à 8 jours, douloureuses avant leur apparition.	Fibrome interstitiel mou.	Hystérectomie subtotale	Guérison
Bru... 45 ans.	3	Début il y a un an environ : règles abondantes, durant 10 jours, sans douleurs, quelquefois avec caillots. Douleurs abdominales calmées par le repos au lit. Pas de métrorragies. Constipation opiniâtre. Dysurie nécessitant des cathétérismes fréquents. *A.* — Réglée à 12 ans ; règles régulières, abondantes, durant 8 à 10 jours, non douloureuses, sans caillots.	Fibrome postérieur 700 gr.	Hystérectomie totale	Guérison
Bon... 34 ans.	2	Pertes rouges abondantes, presque continuelles, douloureuses depuis un an environ ; pas de sang dans l'intervalle des règles. Quelques pertes blanches. Constipation habituelle. *A.* — Inconnus ?	Fibrome pédiculé sous-muqueux comme une mandarine.	Hystérotomie	Guérison
Dob... 43 ans.	2	Après le deuxième accouchement, il y a 13 ans, pertes blanches légères sans douleurs. Il y a 4 mois, pertes rouges abondantes, avec des caillots. Douleurs dans les jambes. *A.* — Réglée à 12 ans ; les règles avancent et durent 4 à 6 jours avec quelques petites douleurs.	Utérus fibromateux	Curettage	Guérison

Nom et âge	Grossesses	SYMPTOMES et ANTÉCÉDENTS	Diagnostic	Intervention	Résultats
Ga... 47 ans.	7	Depuis 8 jours, douleurs vives surtout le matin, dans le bas-ventre. Pertes blanches depuis 17 ans, arrivant par gorgées : hydrorrhée après le dernier accouchement. Pertes rouges ; métrorragies, alternant avec les pertes blanches. *A.* — Réglée à 13 ans : règles assez abondantes durant 3 à 4 jours. Mariée à 17 ans. 2 enfants mort-nés ; 4 enfants nés vivants ; 1 fausse couche de 5 mois.	2 fibromes sous-muqueux ; 1 comme une mandarine ; l'autre comme un œuf.	Hystérectomie subtotale	Guérison
Ser... 42 ans.	3	Après le dernier accouchement : pertes blanches abondantes : pertes rouges avec caillots ; douleurs dans le bas-ventre. *A.* — Réglée à 10 ans 1/2 ; règles abondantes, durant 5 à 6 jours.	Fibrome pédiculé sous-muqueux.	Hystérectomie vaginale	Guérison
Mad... 49 ans.	3	Premier accouchement normal. 2 ans après, fausse couche de 3 mois, suivie de quelques pertes blanches ; 2 ans après, deuxième accouchement. Depuis 7 ou 8 ans, métrorragies très abondantes. Pertes blanches pendant tout le mois. Depuis un mois et demi hémorragies très abondantes : ventre grossit. *A.* — Réglée à 12 ans ; règles régulières, abondantes, durant 3 ou 4 jours.	Vaste tumeur utérine, très adhérente et solidement fixée aux plans profonds.	Hystérectomie subtotale	Mort
Mor... 32 ans.	4	Hémorragies il y a trois semaines au moment des règles ; caillots assez abondants ; 12 jours après, nouvelle hémorragie. Il y a 2 ans, hémorragie semblable. Petites pertes dans l'intervalle. *A.* — Réglée à 13 ans ; règles irrégulières s'arrêtant pendant plusieurs mois. Règles deviennent régulières quand elle est mariée. Accouchements normaux.	Utérus fibromateux	Curettage	Guérison
Pon... 41 ans.	2	Hémorragies abondantes après une fausse couche ; caillots assez nombreux. Douleurs dans le bas-ventre, les reins. Pertes blanches datant de 8 ans environ. Constipation habituelle. *A.* — Réglée à 11 ans, régulièrement et sans douleurs. Un accouchement normal. Une fausse couche à 2 mois et demi ; rétention placentaire probable.	Utérus fibromateux.	Hystérectomie subtotale.	Guérison.

Cas... 50 ans.	2	Pertes blanches peu abondantes; pertes rouges : métrorragies ; douleurs. Palpitations. *A.* — Réglée à 14 ans ; règles abondantes durant de 5 à 8 jours. Un accouchement au forceps. Un accouchement à 8 mois.	Fibrome utérin. Prolapsus utérin. Déchirure périnéale.	Hystérectomie subtotale. Périnéorraphie.	Guérison.
Cha... 43 ans.	1	Depuis le dernier accouchement, qui fut laborieux, hémorragies assez abondantes avec caillots ; puis pertes de sang dans l'intervalle des règles. Douleurs dans les reins et le bas-ventre. Constipation habituelle. *A.* — Inconnus ?	Utérus fibromateux.	Hystérectomie subtotale.	Guérison.
Gab... 37 ans.	3	Pertes rouges très abondantes depuis près d'un an ; la malade était dans un état d'anémie extrême. *A.* — Réglée à 12 ans ; règles régulières, abondantes, durant 8 à 10 jours. Deux accouchements normaux. Un avortement de 2 mois.	Fibrome très hémorragique, gros et très mobile.	Opération de Battey.	Les hémorr. cessèrent on n'a pas revu la malad. depuis son dép. de l'hôpital.
X... 38 ans.	1	Pertes depuis son accouchement ; souffre au moment des règles. Pertes blanches assez abondantes. Hémorragies avec caillots ; douleurs dans le bas-ventre. *A.* — Réglée à 13 ans ; règles abondantes, régulières.	Fibrome utérin.	Hystérectomie subtotale.	Guérison.

CONCLUSIONS

I. — La notion étiologique d'âge paraît assez bien établie, puisque avec les conclusions des divers auteurs nous arrivons à avoir un maximum d'opérées entre 40 et 45 ans et que le plus grand nombre d'interventions pour fibromes se pratique entre 35 et 50 ans.

II. — La discussion est encore ouverte sur la question de l'influence de la stérilité, des grossesses nombreuses, de la mauvaise involution utérine. Il paraît difficile de solutionner la question, car les statistiques donnent des conclusions très variables.

III. — L'âge de l'apparition des règles ne nous paraît être avancé ni retardé chez les femmes qui auront plus tard un fibro-myome utérin.

IV. — Les règles paraissent être abondantes, et souvent très abondantes, dans le cours de la vie des femmes destinées à avoir un fibrome.

V. — L'âge de la ménopause, 40 à 50 ans, nous paraît un âge dangereux pour le myome utérin. La période qui suit la ménopause est souvent marquée par des accidents graves.

VI. — Le traitement chirurgical est le traitement de choix. L'opération la plus simple et le plus souvent pratiquée est l'hystérectomie subtotale « avec évidement du moignon cervical ».

VII. — Les suites post-opératoires doivent être simples et la mortalité très faible. Le danger de l'intervention croît avec l'âge des malades.

VIII. — La discussion reste ouverte sur la question de l'intervention précoce, comme le meilleur traitement des fibromes utérins.

BIBLIOGRAPHIE

Albertin. — Lyon médical, 23 avril 1911.

Apostoli. — Sur un nouveau traitement électrique des fibromes de l'utérus (Académie de médecine. Séance du 29 juillet 1884).

Aubeau et Golasz. — Semaine gynécologique, 1898.

Bayle.—*In* Dictionnaire des sciences médicales, art. corps fibreux.

Cavailleu. — Lyon médical, 1902.

Casanouve. — Thèse de Montpellier, 1908.

Claisse. — Thèse de Paris, 1900.

Emmet. — La pratique des maladies des femmes.

Fehling. — Central. f. Gyn., 1890, n° 29.

— Wurtemb. med. Cen. Blatt., 1887, n° 3.

Galina. — Thèse de Paris, 1908.

Guillaume. — Thèse de Lyon, 1911.

Gusserow. — Die Neubildungen des Uterus (Stuttgart, 1877, p. 34).

Haultain. — Edinburgh medical Journal, 1907.

Hepp. — Thèse de Paris, 1899.

Lejars. — C. R. de la Soc. d'obst. de gynéc. et de pédiâtrie, 1906.

Legueu. — Journal d'urologie, t. I, n° 1, 15 janvier 1912.

Martin (Aimé). — Annales de gynécologie, 1879.

Mauclaire. — Bull. et Mém. de la Soc. anat., 1902.

Minvielle. — Thèse de Paris, 1910.

Pinard. — Annales gyn. et obst., janv. 1905.

Prochownick. — Deutsch. medecin. Wochenschrift, 1892, n° 7.

Rance (de). — Hérédité dans l'étiologie des corps fibreux de l'utérus (Congrès de Montpellier, 1895).

Richelot. — Chirurgie de l'utérus (Paris, 1902).

Rouville (de). — Montpellier Médical, 30 juin 1912.

Rüge. — Cent. f. Gyn., 1899, p. 655.

Sieberg. — Thèse de Magdebourg, 1891.

Sparocchi. — Annali di Obstetrica gyn., 1899, n° 4.

Sutton. — The Lancet. London, 1904.

Tuffier et de Rouville. — Traitement des fibro-myomes de l'utérus (Rapport présenté au XV^e^ Congrès international de médecine tenu à Lisbonne, 19-26 avril 1906).

Wallace (Arth.).—Journal of obstetrics and gynæc. of the British Empire (T. XVIII, 1^er^ juillet 1910).

— Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale (T. XVIII, n° 1, janvier 1912).

Ycard. — Thèse de Paris, 1905.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE